



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI  
Fakulta zdravotnických studií ■

# Využití polohovacího lůžka v domácím prostředí

## Bakalářská práce

*Studijní program:* B5341 – Ošetřovatelství  
*Studijní obor:* 5341R009 – Všeobecná sestra  
*Autor práce:* **Rudolf Rieger, DiS.**  
*Vedoucí práce:* **Mgr. Marie Froňková**



# Use of an adjustable bed at home.

## Bachelor thesis

*Study programme:* B5341 – Nursing  
*Study branch:* 5341R009 – General Nurse  
*Author:* **Rudolf Rieger, DiS.**  
*Supervisor:* Mgr. Marie Froňková



Technická univerzita v Liberci  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2016/2017

**ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**  
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Rudolf Rieger, DiS.**

Osobní číslo: **D14000086**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Název tématu: **Využití polohovacího lůžka v domácím prostředí**

Zadávací katedra: **Fakulta zdravotnických studií**

## Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíle práce:

1. Zjistit informovanost rodinných příslušníků o využití polohovacího lůžka v domácím prostředí.
2. Zjistit informovanost rodinných příslušníků o využití antidekubitní matrace v polohovacím lůžku v domácím prostředí.
3. Zjistit informovanost rodinných příslušníků o využití polohovací pomůcky Bumerang v polohovacím lůžku v domácím prostředí.

Teoretická východiska (včetně výstupu z BP):

V dnešní společnosti se stále více projevuje trend ošetřování nemocných v domácím prostředí. K této činnosti slouží mnoho polohovacích pomůcek. Nedílnou součástí je polohovací lůžko. Velká část ošetřujících rodinných příslušníků však nemá dostatečné informace ke správnému využití elektrického polohovacího lůžka v domácím prostředí. Výstupem této bakalářské práce bude zhodnocení přínosu tvorby instruktážního videomateriálu, který by podal rodinným příslušníkům nemocného informace o získání a využití polohovacího lůžka v domácím prostředí.

Výzkumné předpoklady:

1. Předpokládáme, že 30 % a více rodinných příslušníků má informace o výhodách polohovacího lůžka v domácím prostředí.
2. Předpokládáme, že 30 % a více rodinných příslušníků má informace o antidekubitní matraci.
3. Předpokládáme, že 20 % a více rodinných příslušníků má informace o polohovací pomůcce Bumerang.

Výzkumné předpoklady budou upřesněny na základě výsledků předvýzkumu.

Metoda:

Kvantitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

Strukturovaný rozhovor. Data budou zpracována do grafů a tabulek v programu Microsoft Office Excel 2003 a textová část bude zpracována pomocí programu Microsoft Office Word 2003.

Místo a čas realizace výzkumu:

Místo výzkumu: domácnosti pacientů Hospice sv. Zdislavy o.p.s. - Liberec, Jablonec nad Nisou a okolí

Čas výzkumu: prosinec 2017 - únor 2018.

Vzorek:

Respondenti: 50 pečujících rodinných příslušníků.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy: 50 - 70

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. HALMO, Renata. Sebepečce v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4811-5.
2. JAROŠOVÁ, Darja a kol. Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5426-0.
3. KOLÁŘ, Pavel a kol. Základy klinické rehabilitace. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-219-0.
4. KOPŘIVA, Karel. Lidský vztah jako součást profese. 7. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0528-9.
5. POKORNÁ, Andrea. Ošetrovatelství v geriatrici / hodnotící nástroje. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4316-5.
6. POKORNÁ, Andrea. Kompendium hojení ran pro sestry. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3371-5.
7. RADVANSKÝ, Jiří a kol. Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-695-3.
8. SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet. Praha: APHPP, 2011. ISBN 978-80-7195-307-4.
9. SVATOŠOVÁ, Marie. Víme si rady s duchovními potřebami nemocných? Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.
10. VYTEJČKOVÁ, Renata a kol. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3419-4.
11. NAGESWARAN, Sharmila. Design of mechanical interface to re-distribute excess pressure to prevent the formation of decubitus ulcers in bed ridden patients. Engineering in Medicine and Biology Society (EMBC). 2015, 1021 1024 [cit. 2015-11-25]. ISSN 1557-170X. Dostupné z: <http://embc.embs.org/2015/>.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Marie Froňková**  
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: 8. června 2017

Termín odevzdání bakalářské práce: 30. června 2018



prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA  
děkan

V Liberci dne 30. listopadu 2017

Student  
Rudolf RIEGER DiS.  
D1400086  
Na Úbočí 4354/33  
466 05 JABLONEC NAD NISOU

Vyřizuje: Alena Tarabová / 485 353 762

V Liberci dne 8. června 2017  
Č. j.: 17/8515/023257-02

**Vyjádření k žádosti o ponechání tématu a prodloužení termínu odevzdání bakalářské práce**

Vážený studente,

na základě Vaší žádosti ze dne 7. 6. 2017, zaevidované pod č. j.: 17/8515/023257-01, Vám sděluji, že **souhlasím** s ponecháním tématu bakalářské práce „Využití polohovacího lůžka v domácím prostředí“, prodloužením termínu odevzdání do 30. 6. 2018 a změnou vedoucí práce (Mgr. Marie Froňková).

S pozdravem

  
Mgr. Marie Froňková

**Technická univerzita v Liberci**  
Fakulta zdravotnických studií  
Studentská 2, 461 17 Liberec 1

Na vědomí  
Mgr. Kučerová, ročníkový odborný asistent



## Prohlášení

Byl jsem seznámen s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 30/4 2018

Podpis:



Poděkování: chtěl bych poděkovat Mgr. Marii Froňkové za vedení mé bakalářské práce a za neocenitelnou pomoc při jejím zpracování.



Jméno a příjmení autora: Rudolf Rieger, DiS.

Instituce: Technická univerzita v Liberci, Fakulta zdravotnických studií

Název práce: Využití polohovacího lůžka v domácím prostředí

Vedoucí práce: Mgr. Marie Froňková

Počet stran: 69

Počet příloh: 7

Rok obhajoby: 2018

Anotace: V dnešní společnosti se stále více projevuje trend ošetřování nemocných v domácím prostředí. K této činnosti slouží mnoho polohovacích pomůcek. Nedílnou součástí je polohovací lůžko. Velká část ošetřujících rodinných příslušníků však nemá dostatečné informace ke správnému využití elektrického polohovacího lůžka v domácím prostředí. V teoretické části mapujeme význam polohovacího lůžka pro nemocné v domácím prostředí. V praktické části následně zjišťujeme obecné povědomí o dostupnosti polohovacího lůžka v domácím prostředí a znalosti obsluhy pečujících rodinných příslušníků.

Klíčová slova: domácí péče, rodinný příslušník, polohovací lůžko, polohovací pomůcky, obsluha, manipulace

Name and surname: Rudolf Rieger, DiS.

Institution: Technical University of Liberec, Faculty of Health Studies

Title: Use of an adjustable bed at home

Supervisor: Mgr. Marie Froňková

Pages: 69

Apendix: 7

Year: 2018

Annotation: In today's society, there is a growing trend towards treating patients in the home environment. Many pointing aids are used for this activity. An integral part is a positioning bed. However, much of the caregiving family members do not have enough information to properly use the electric positioning bed in the home environment. In the theoretical part, we map the importance of the positioning bed for the sick in the home environment. In the practical part, we then find general awareness of the availability of the positioning bed in the home environment and the knowledge of the attending family caregivers.

Keywords: Home care, family member, positioning bed, positioning aids, handling, handling

Osnova .....	11
Seznam použitých zkratk .....	14
1 Úvod .....	15
2 Teoretická část .....	16
2.1 Domácí péče .....	16
2.2 Význam domácí péče pro nemocného a jeho rodinu .....	17
2.3 Riziko vzniku dekubitů v domácím prostředí .....	20
2.4 Přednosti polohovacího lůžka v domácím prostředí .....	21
2.4.1 Význam polohovacího lůžka pro ošetrovatelskou péči .....	21
2.4.2 Význam antidekubitní matrace v prevenci vzniku dekubitů .....	23
2.4.3 Pomůcky pro polohování pacienta na lůžku .....	25
2.5. Přednosti pomůcky Bumerang v polohovacím lůžku .....	26
2.5.1 Pomůcka Bumerang v souvislosti se somatickou stimulací .....	26
2.5.2 Bazální stimulace při použití pomůcky Bumerang .....	27
2.6 Využití polohovacího lůžka v domácím prostředí.....	29
3 Výzkumná část.....	31
3.1 Cíle a výzkumné předpoklady.....	31
3.2 Metodika výzkumu.....	32
3.2.1 Metodický postup a metoda zkoumání.....	32
3.2.2 Charakteristika výzkumného vzorku.....	32
3.3 Analýza výzkumných dat.....	33
3.3.1 Analýza výzkumné položky č. 1 Péče o nemocného rodinného příslušníka.....	33
3.3.2 Analýza výzkumné položky č.2 Délka péče o nemocného rodinného příslušníka.....	34
3.3.3 Analýza výzkumné položky č. 3 Pobyt nemocného na lůžku.....	35
3.3.4 Analýza výzkumné položky č. 4 Užití pomůcek pro péči.....	35
3.3.5 Analýza výzkumné položky č. 5 Využití polohovacího lůžka v domácnosti.....	36
3.3.6 Analýza výzkumné položky č. 6 Charakteristika polohovacího lůžka.....	37

3.3.7	Analýza výzkumné položky č. 7 Volba finančně nejúspornější možnosti získání lůžka.....	38
3.3.8	Analýza výzkumné položky č. 8 Hlavní přednost polohovacího lůžka.....	40
3.3.9	Analýza výzkumné položky č. 9 Optimální funkce lůžka při provádění osobní hygieny.....	41
3.3.10	Analýza výzkumné položky č. 10 Funkce lůžka při dušnosti.....	42
3.3.11	Analýza výzkumné položky č. 11 Charakteristika antidekubitní matrace.....	43
3.3.12	Analýza výzkumné položky č. 12 Volba pěnové antidekubitní matrace.....	44
3.3.13	Analýza výzkumné položky č. 13 Volba vzduchové antidekubitní matrace.....	45
3.3.14	Analýza výzkumné položky č. 14 Volba vzduchového kompresoru .....	46
3.3.15	Analýza výzkumné položky č. 15 Polohovací režim při použití antidekubitní matrace.....	47
3.3.16	Analýza výzkumné položky č. 16 Využití polohovacích pomůcek v lůžku.....	48
3.3.17	Analýza výzkumné položky č. 17 Tvar polohovacích pomůcek.....	49
3.3.18	Analýza výzkumné položky č. 18 Cíl při použití polohovacích pomůcek.....	50
3.3.19	Analýza výzkumné položky č. 19 Důvody použití originálních polohovacích pomůcek.....	51
3.3.20	Analýza výzkumné položky č. 20 Informační materiál.....	52
3.4	Analýza výzkumných cílů a předpokladů.....	53
3.4.1	Analýza výzkumného cíle č. 1 a výzkumného předpokladu č. 1.....	53
3.4.2	Analýza výzkumného cíle č. 2 a výzkumného předpokladu č. 2.....	54
3.4.3	Analýza výzkumného cíle č. 3 a výzkumného předpokladu č. 3.....	55
4	Diskuze.....	57

5	Návrh a doporučení pro praxi.....	62
6	Závěr.....	63
7	Seznam použité literatury.....	65
	Seznam tabulek.....	67
	Seznam grafů.....	68
	Seznam příloh.....	69

## Seznam použitých zkratk

aj.	a jiné
č.	číslo
ČR	Česká republika
i.m.	intramuskulární
i.v.	intravenozní
např.	například
Sb.	Sbírka zákonů
s.c.	subkutánní
tj.	to jest
TK	tlak krevní
tzn.	to znamená
tzv.	tak zvaně

# 1 Úvod

V rámci domácí péče se můžeme setkávat s pacienty, jejichž povaha onemocnění nedovoluje opouštět lůžko. Velkou skupinou jsou pacienti v terminálním stádiu onemocnění, kdy je kurativní léčba nemoci ukončena. Rodina se v takové situaci rozhodne podstoupit břemeno trvalé a obětavé péče o svého umírajícího blízkého v domácím prostředí. Rodinní příslušníci většinou znají svého blízkého jako osobu, která při nástupu do nemocnice byla schopná zvládnání sebezpěče, a hlavně znají svého blízkého jako osobu s nadějí na život. Domů se jim však vrací člověk zesláblý, ležící, neschopný úkonů vlastní sebezpěče a hlavně, vrací se jim osoba, která ztratila jakoukoli naději na uzdravení nebo, v horším případě, osoba, která nezná pravou skutečnost své situace. Toto působí na pečující blízké jako drtící lavina, ve chvíli, kdy obranné mechanismy jejich organismu jsou vyčerpány nutností vlastního vyrovnávání se s novou fatální skutečností. V tomto okamžiku dochází ke zlomovému stavu, kdy mnoho pečujících situaci nezvládá a hledá pro svého blízkého jinou alternativu než domácí péči. Vrací jej do nemocnice, do zdravotnického zařízení typu léčebny dlouhodobě nemocných či využívá lůžkový hospic (Bužgová, 2015).

Jednou ze základních nutných pomůcek v péči o trvale ležícího nemocného v domácím prostředí je volba vhodného polohovacího lůžka. Je nutné vysvětlit rodině a nemocnému, že pohovka či manželská postel, na které nemocný leží, již nejsou k trvalému používání imobilního pacienta vhodné a je čas na změnu lůžka. Je nutné vysvětlit pečujícím i pacientovi výhody elektrického polohovacího lůžka, najít způsob, jak jej získat, vymyslet umístění a naučit je správnému používání a čerpání jeho předností. To je jeden z úkolů všeobecné sestry v domácí péči. Stávající edukační materiály nebývají v této problematice dostatečné a např. písemné informace ve formě knih či příruček nejsou, vzhledem k psychickému rozpoložení pečujících osob, dostatečně přínosné. V dané situaci by mohla být mnohem přínosnější informace ve formě krátkého videa, které srozumitelnou formou seznámí rodinného příslušníka se vším potřebným.

## 2 Teoretická část

### 2.1 Domácí péče

Domácí zdravotní péčí je zdravotní péče poskytovaná pacientům na základě doporučení praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci v jejich vlastním sociálním prostředí. Domácí péče je zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyлéčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti (Tomeš, 2015).

Domácí zdravotní péče je definována především zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a zákonem č. 48/ 1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Ministerstvo zdravotnictví České republiky svými předpisy definuje způsoby úhrady a limity nákladů; kvalifikace a povinnosti profesionálních členů týmu a požadované vybavení poskytovatele domácí péče. Domácí péče je součástí primární péče, která je souborem činností zdravotních, sociálních i laických, poskytovaných potřebnému klientovi v rámci komunity v první linii kontaktu (Bydžovský a kol., 2015).

Všechny moderní systémy zdravotní péče se snaží minimalizovat pobyt klientů ve zdravotnických zařízeních. Výhodou domácí péče je, že respektuje sociální prostředí pacienta v souvislosti s kvalitou života. Domácí péče je ošetřujícím lékařem indikována zejména u klientů, kteří jsou plně nebo částečně závislí na pomoci druhé osoby, u nichž je nutné zajistit pokračování dlouhodobé i následné péče nebo doléčení z důvodu chronického i akutního onemocnění. Pacienty jsou rovněž osoby v terminálním stádiu života. Součástí aktivit domácí péče je také péče o duševní zdraví a resocializace klientů s duševním onemocněním. Systém domácí péče reaguje na individuální potřeby klienta i indikaci ošetřujících lékařů (Holmerová a kol., 2014a).

Domácí zdravotní péči poskytují nejčastěji všeobecné sestry. Domácí zdravotní péče může být na základě předpisu obvodního lékaře hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Rovněž ji může předepsat ošetřující lékař v nemocnici při propuštění pacienta do domácího ošetřování. Forma tohoto předepsání má však časový limit v délce



trvání maximálně dvou týdnů. Poskytovatelé domácí zdravotní péče jsou organizováni v Národním centru domácí péče ČR (Tomeš, 2015).

Agentury domácí péče jsou vybaveny přístroji a pomůckami, které nejen zajišťují včasnou diagnostiku a terapii, ale současně pomáhají zvýšit komfort poskytované domácí péče. Pro tento účel jsou agenturami domácí péče zapůjčovány klientům různé kompenzační pomůcky i speciálně upravená lůžka. Miniaturizace diagnostických přístrojů a spolehlivost jednorázových zdravotnických pomůcek a léčiv jsou však pouze jednou z nezbytných podmínek pro poskytování kvalitní domácí péče (Rokyta a kol., 2009).

## **2.2 Význam domácí péče pro nemocného a jeho rodinu**

Domácí péče obnáší nejen zdravotnické, ale i specializované odborné ošetrovatelské, lékařské, fyzioterapeutické, psychologické a sociální služby vždy tak, aby vyhovovaly individuálním přáním a potřebám nemocných. Jedná se o integrovanou, komplexní a dlouhodobou formu péče. Klienty domácí péče bývají osoby plně nebo částečně závislé na pomoci druhé osoby, jejichž stav vyžaduje dlouhodobou odbornou zdravotní péči, ať už jde o chronické nebo prodělané akutní onemocnění či úraz, kdy je třeba následná rekonvalescence. Domácí zdravotní péče zahrnuje podávání léků s.c., i.m. a i.v. vstupy, infuzní terapii, odběry biologického materiálu, převazy defektů, měření TK, saturace a glykémie aj. Domácí zdravotní péče zahrnuje také provádění komplexní péče u těžce nemocných, polohování, pohybovou terapii, ošetřování stomií, odsávání dýchacích cest, aktivizaci psychiatricky nemocných, cílenou kontrolu zdravotního stavu pacienta, edukaci rodinných příslušníků, péči a výměnu permanentních katétrů a klyzma. Součástí domácí péče bývá i možnost zapůjčení kompenzačních rehabilitačních pomůcek. (Holmerová a kol., 2014a).

Domácí péče je v celém světě preferována pro své nesporné výhody, zejména pozitivní působení na psychický stav nemocného, který zůstává ve svém prostředí a v blízkosti své rodiny, což přispívá k rychlejšímu uzdravení pacienta, urychlení hojení a ke snížení rizika komplikací. Na úrovni Evropské unie je domácí péče a podpora pečujících rodin diskutovanou problematikou. Snahou je uspokojovat potřeby nemocných v komplexním

pojetí včetně propojení zdravotní a sociální péče. Napříč státy Evropské unie panují velké rozdíly v péči o nemocné, nicméně shoda převládá v té skutečnosti, že drtivá většina geriatrických pacientů a pacientů dlouhodobé péče si přeje zůstat až do konce svých dnů ve svém přirozeném prostředí, tedy umírat doma. Proto hlavní cestou řešení je podpora domácí paliativní péče (Tomeš, 2015).

Bylo by nešťastné pokládat termín paliativní péče za synonymum hospicové péče. Obecná paliativní péče je forma péče, kterou by mělo být schopno poskytnout každé zdravotnické zařízení v rámci své specializace. Její součástí je včasné vyhodnocení pacientova zdravotního stavu a zhodnocení smysluplnosti další aktivní léčby. Přímá návaznost by měla spočívat v poskytnutí takové léčby a péče, která je důležitá pro kvalitu pacientova života. Zařízení poskytující paliativní péči by mělo zajistit, aby nevléčitelně nemocná a umírající osoba, pokud si nebude přát jinak, dostala přiměřenou paliativní péči v podobě tišení bolesti. A to i za předpokladu, že by tato léčba měla mít u příslušného jedince jako vedlejší účinek léčby následek v podobě zkrácení života (Kupka, 2014).

Specializovaná paliativní péče je forma péče poskytovaná zvláštními zařízeními, která se věnují paliativní péči jako své hlavní činnosti. Jsou zde požadavky na specificky vyškolený personál a větší počet zaměstnanců v přímé péči k počtu pacientů. Služby v těchto zařízeních by měly být dostupné ve všech formách péče. Domácí paliativní péče je pro většinu pacientů tou nejlepší alternativou. Pro tuto péči musí být splněny tři podmínky. Alespoň jeden člen rodiny musí být schopen a ochoten převzít celodenní péči o nemocného. Nemocný musí s touto formou péče souhlasit. Musí být k dispozici tým odborníků, který bude schopen kdykoli sedm dní v týdnu nepřetržitě řešit náhle vzniklé komplikace pacientova zdravotního stavu. Stejně tak musí být k dispozici rodině v emočně a duševně napjatých chvílích. Tato poslední podmínka bývá v našich zemích největším úskalím. Nejen, že není dobrá úroveň znalostí praktických lékařů o léčbě bolesti a dalších symptomech terminální léčby, ale často není k dispozici ani potřebná nepřetržitá dostupnost poskytovatelů domácí péče. A tak se často stává, že nemocní, kteří by si přáli zemřít doma, jsou při náhlých komplikacích převezeni do nemocnice a umírají tam (Marková, 2010).

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku. Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen. Hospicové myšlenky

jde o to naplnit dny nemocného životem, nikoli život naplnit dny. Důraz je kladen na kvalitu života nemocného, a to kvalitu až do doslovného posledního vydechnutí. Součástí doprovázení nemocného je rovněž i doprovázení jeho blízkých, kteří, i přes tu skutečnost, že nevýslovně trpí, představují nezastupitelnou roli v péči o nemocného (Svatošová, 2011).

Domácí hospic je ve světě nejrozšířenější formou poskytování specializované domácí paliativní péče. Je určen pacientům v terminální fázi onemocnění, kteří již nezvládají návštěvy specializovaných ambulancí, či již nelze aplikovat obecnou paliativní péči praktickým lékařem. Jedná se o péči tzv. multidisciplinárních týmů. Ty zahrnují lékaře, všeobecné sestry, sociální pracovníky, duchovní, psychology a dobrovolníky, kteří poskytují všestrannou péči umírajícím a pečujícím rodinám. Tyto týmy jsou schopny vyřešit v domácím prostředí všechny možné situace spojené s koncem života, aby přání nemocného zemřít doma mohlo být splněno. Samozřejmostí je rovněž péče o rodinu a pozůstalé v době truchlení po zemřelém. Pozůstalým v mnoha případech neprospívá, ztratí-li okamžikem úmrtí nemocného kontakt s pečujícím personálem. Stejně tak jako si rodina na zdravotníka v domácí péči zvyká, je třeba věnovat potřebný čas i rozloučení (Marková, 2010).

Domácí péče přináší nemocnému několik předností, které mu nemohou být poskytnuty v lůžkovém zdravotnickém zařízení. Zejména se jedná o pozitivní působení domácího prostředí na psychický stav nemocného, udržování duševního zdraví a resocializace pacientů s psychickým onemocněním, zkrácení či nahrazení hospitalizace klienta v nemocnici a eliminaci rizika infekční nákazy v souvislosti s pobytem pacientů ve zdravotnickém zařízení. Role rodiny je v procesu poskytování domácí péče nezastupitelná. Klient i jeho blízcí jsou řádnými členy týmu se společným cílem, kterým je zlepšení kvality života klienta i jeho rodiny. I toto je neopominutelné pozitivum systému domácí péče. V rámci domácí péče se poskytují zdravotní, sociální a podpůrné služby jednotlivcům a rodinám v místě jejich bydliště a v komunitě s cílem podpory, udržování nebo navrácení zdraví, případně alespoň dosažení maximální možné nezávislosti při současné minimalizaci důsledku neschopnosti a nemoci včetně terminálních stavů (Holmerová a kol., 2014b).

### 2.3 Riziko vzniku dekubitů v domácím prostředí

Jednou z nejobávanějších komplikací v domácí péči u ležících nemocných je riziko vzniku dekubitů. Dekubity vznikají zejména ischemií tkání při stlačení cév mezi tvrdý povrch a kostní tkáň např. při dlouhodobém ležení pacienta na lůžku bez pravidelné změny polohy. Dekubity rovněž vznikají zúžením kožních cév při napínání kůže. Vznik je v tomto případě podmíněn např. tažením pacienta po drsnějším prostěradle nebo sjíždění pacienta po lůžku při nezapřené zvýšené poloze pod hlavou. Dekubity vznikají v predilekčních místech, zejména na patách, na kotnicích, na hlavě, zejména na chrupavkách ušních boltců, v oblasti křížové kosti a v oblasti páteře. Velmi záleží, jakou polohu pacient nejčastěji zaujímá nebo jaká poloha je vynucená povahou jeho onemocnění. Dekubity se mohou rozvíjet velmi rychle. Záleží na zdravotním stavu pacienta, na jeho kondici, tělesné hmotnosti a samozřejmě na výživě. Až dvě třetiny proleženin vznikají do dvou týdnů po trvalém pobytu pacienta na lůžku, např. po prodělané cévní mozkové příhodě, úrazu nebo operaci (Pokorná, 2012).

U rizikových pacientů je nutné dodržovat pravidla antidekubitního režimu. Ta spočívají především v používání antidekubitních matrací pasivních pěnových nebo aktivních vzduchových se vzduchovým kompresorem v kombinaci s kompenzačními a odlehčovacími pomůckami v lůžku pacienta, které snižují tlak ve více namáhavých místech. Do antidekubitního režimu rovněž patří péče o lůžko, správná manipulace s pacientem v lůžku a správné využívání nastavitelnosti polohovacího lůžka. Nezbytnou součástí je polohovací režim nemocného na lůžku, kdy je v pravidelných časových intervalech měněna jeho poloha na lůžku nejčastěji v kombinaci změn poloh na pravý či levý bok a záda. V těchto situacích je vhodné v kombinaci s polohovacím lůžkem využít i polohovací pomůcky k vypodložení nemocného, např. pomůcka Bumerang (Kalvach, 2010).

Rozlišujeme čtyři stupně dekubitů. První stupeň se projevuje zarudnutím kůže, které po uvolnění tlaku nemizí, celistvost kůže však není porušena a pacient cítí bolest. Při druhém stupni je vrchní kryt kůže porušen, pacient cítí bolest, vznikají puchýře, z rány vytéká sekret, spodina rány bývá zarudlá, ale ne černá. U třetího stupně dochází k poškození celé vrstvy kůže a rána proniká až do podkoží. Při posledním, čtvrtém, stupni zasahuje defekt do

fascie, do svaloviny, často až na kost. Mohou se tvořit postranní kapsy a píštěle. Významnou roli při vzniku dekubitů má stav tkání pacienta, jejich vitalita ovlivněná zdravotním stavem pacienta nebo nervové zásobením ve smyslu nevnímání tlaku např., u diabetiků či neurologických onemocnění. Základním rizikovým faktorem je však mobilita spojená s dlouhým setrváváním v neměnné poloze. Situaci komplikují přítomné zapařeniny, pokožka znečištěná stolicí nebo močí, špatná hygiena nebo výše zmíněné poruchy výživy (Pokorná, 2012).

Na dodržování režimu polohování se změnami poloh v pravidelných časových intervalech a péči o pokožku musí být kladen velký význam. K hlavním cílům správného polohování patří regulace svalového tonu, prevence kontraktur, prevence dekubitů, prevence pneumonie, prevence komprese periferních nervů, zlepšení vigility a pozornosti, zlepšení oběhových funkcí, prevence vzniku kloubních deformit a také snížení intrakraniálního tlaku (Kolář a kol., 2015).

## **2.4 Přednosti polohovacího lůžka v domácím prostředí**

Pravidelné intenzivní polohování je základem prevence a léčby dekubitů. Polohuje se do předem definovaných poloh a tuto činnost může vykonávat i ošetřující rodinný příslušník při péči o pacienta v domácím prostředí. K dosažení optimální péče je nutné užití správné volby vhodného polohovacího lůžka. Polohovací režim je velmi nesnadný, má-li být prováděn na běžném lůžku, které má pacient doma. Manželská lůžka či pohovky jsou k tomuto účelu svojí konstrukcí přímo nevhodná. Nejúčinnější variantou je volba elektrické polohovací postele, která disponuje základními funkcemi k polohování (Radvanský a kol., 2011).

### **2.4.1 Význam polohovacího lůžka pro domácí ošetřovatelskou péči**

Lůžko pacienta je místo, kde nemocný tráví většinu svého času. V nemocničním zařízení nacházíme lůžka různých typů a vybavení dle požadavků jednotlivých oddělení.

Lůžko pro nemocného se od normální postele zásadním způsobem odlišuje. Nejdůležitější jsou tři základní funkce polohovacího lůžka nemocného. Zdvih horní poloviny těla, zdvih dolních končetin a zdvih celého lůžka. Lůžko musí být vybráno tak, aby co nejvíce vyhovovalo potřebám nemocného v návaznosti na prostředí, ve kterém se nemocný nachází. Polohovací lůžka se používají zejména ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Můžeme zde nalézt různé druhy lůžek s ohledem na dobu pořízení a vynaložené finanční prostředky. Velká část lůžek je dosud používána v manuálním provedení, nicméně, stále více se používají moderní elektrická polohovací lůžka s mobilním ovladačem. Lůžka mají většinou výše uvedené základní funkce. Někdy jsou doplněna o další specifické možnosti polohování a funkcí dle potřeb příslušných pracovišť a cílové skupiny pacientů (Vytejková a kol., 2011).

K uvážení je vždy použití postranic. V ústavním zařízení je tato problematika záležitostí celého ošetrovatelského týmu. V domácím prostředí rozhoduje pečující rodina po časté konzultaci s terénní sestrou. Je třeba podotknout, že nasazení postranic zcela nezabraňuje pádům z lůžka. V častých případech je vhodnější nasazení pouze jedné postranice, kdy je tato forma použití pro neklidného pacienta neschopného vlastního náhledu méně problematická, než oboustranné zábrany (Schuler a kol., 2010).

V rámci péče o dlouhodobě nemocné se v současné době upřednostňuje domácí péče před péčí ústavní. K tomuto účelu je možné využívat i elektrická polohovací lůžka, která jsou určena pro použití v domácím prostředí. Tato lůžka jsou většinou vybavena základními polohovacími funkcemi, které jsme zmiňovali na začátku kapitoly. V domácím prostředí není více funkcí třeba. Polohovací lůžka pro domácí použití jsou však více vzhledově upravena tak, aby byla součástí běžného nábytku, tzn., využívá se dřevěného obložení. Nemocný i rodina se tak s lůžkem snáze vyrovnávají a přijímají jej. Lůžko je třeba vybavit optimální antidekubitní matrací. Velkou předností lůžek určených pro domácí využití je jejich snadný transport a rychlá montáž, která umožňuje použití a stěhování i ve stísněných prostorách menších bytových prostor. Získání takového lůžka je možné pořízením na vlastní náklady, zapůjčením v komerční půjčovně kompenzačních pomůcek nebo zapůjčením prostřednictvím zdravotní pojišťovny. Poslední zmiňovaná možnost je pro pacienta nejúspěšnější. Potřebný tiskopis k zajištění pomůcky musí vyplnit lékař specialista, kterým je neurolog, ortoped či rehabilitační lékař. Lůžka mají velké uplatnění

při běžných denních činnostech nemocného a rovněž umožňují ošetřujícím osobám snazší vykonávání všech úkonů spojených s péčí o pacienta. Lůžko musí být vybaveno hrazdičkou a postranicemi. Součástí lůžka rovněž musí být podvozek vybavený brzdami. Lůžko je vhodné doplnit pracovní deskou nebo stolkem. Důležitým požadavkem na lůžko je možnost upravitelné výšky, případně i délky. Výška je velmi důležitá pro snadné vstávání a uléhání pacienta a pro usnadnění práce pečujících. U pacientů vyššího věku je dobré mít k dispozici lůžko vybavené nastavitelnou délkou (Vytečková a kol., 2011).

Lůžko by mělo být v domácnosti umístěno tak, aby zůstávalo, je-li to možné, v centru dění. Nemělo by docházet k instalaci lůžka do nejbližší místnosti v domě. Nemocný by měl mít neustále možnost přímého kontaktu s domácností za dodržení přiměřeného soukromí. Umístění lůžka by mělo vyhovovat nemocnému, ale současně by mělo i usnadnit práci pečujícím. Tzn., mělo by být přístupné minimálně ze tří stran (Kupka, 2014).

#### **2.4.2 Význam antidekubitní matrace v prevenci vzniku dekubitů**

Antidekubitní matrace lze považovat za významnou součást opatření, která působí preventivně při riziku vzniku dekubitů. Antidekubitní matrace zajišťuje rozložení hmotnosti pacienta v lůžku rovnoměrným způsobem, současně snižuje tření pokožky s podložkou a tím předchází k porušení tkáně. Vždy je nutné využívat antidekubitní matraci v kombinaci s dalšími pomůckami, které antidekubitní program nabízí a zajistit optimální využití pomůcek v kombinaci s polohováním pacienta a vhodně volenou hygienou. Je třeba zvolit i vhodný typ matrace. Ten volíme s ohledem na riziko vzniku dekubitů. K tomu slouží různé vyšetřovací škály, jedna z nejpoužívanější je škála Norton. Nejčastěji se používají pěnové matrace s paměťovým efektem, tzv. pasivní nebo se používají vzduchové matrace s kompresorem, tzv. aktivní (Nageswaran, 2015).

Matrace do lůžka nemocného lze obecně rozdělit na standardní a antidekubitní. Všechny tyto matrace musí být jedno dílné, aby bylo zajištěno, že jednotlivé díly nebudou pod nemocným klouzat. Matrace musí být dobře čistitelné a dezinfikovatelné, případně s pratelným potahem. Ideální jsou matrace, které jsou voděodolné, ale při tom zůstávají paroprodyšné. Standardní matrace se používají u nemocných, kde nehrozí riziko vzniku

dekubitů. Nejčastěji jsou vyráběny z polyuretanové pěny. Antidekubitní matrace se vyrábějí v různých verzích dle závažnosti vzniku dekubitů a s důrazem na hmotnost pacienta. Tyto matrace se mohou buď umisťovat na standardní matrace, nebo je přímo nahrazují. Dělíme je na pasivní a aktivní (Vytejčková a kol., 2011).

Pasivní matrace zajišťují co nejdokonalejší rozložení váhy pacienta tak, aby nedocházelo k velkému stlačování tkáně. Vyrábějí se většinou ze studené polyuretanové pěny. Na povrchu mohou být hladké, častěji však mívají zářezy a dělení matrace do čtvercových segmentů, případně je povrch členěn do jehlanovitých vrcholků. Pasivní matrace jsou vhodné u nemocných, kde riziko vzniku dekubitů pouze hrozí. Nemocným, kteří již jsou vzniklými dekubity postiženi, jsou určeny aktivní vzduchové matrace. Jejich princip spočívá v úplném střídavém odlehčování jednotlivých částí těla. Toho je dosaženo pomocí systému dvou vzájemně propletených vzduchových komor položených napříč celou matrací. Tyto komory se za působení vzduchového kompresoru střídavě nafukují a vyfukují v pravidelných časových intervalech a tím dosahují požadovaného efektu odlehčování a prokrvování tkání (Holmerová a kol., 2014a).

Výše uvedený účinek podporuje rovněž efekt masáže tkání, vyvolaný střídavým zvyšováním a snižováním tlaku jednotlivých buněk matrace na tělo nemocného. Aktivní vzduchové matrace nejčastěji bývají děleny na matrace pro střední riziko vzniku dekubitů a matrace pro vysoké riziko vzniku dekubitů. Vzduchové kompresory se dají, k zajištění úspěšnější léčby, nastavit dle aktuální hmotnosti nemocného. Modernější vzduchové matrace bývají navíc opatřeny ventilačními mikro otvory, které zajišťují mírný únik vzduchu v jednotlivých segmentech matrace, což napomáhá k udržování nemocného v teple a suchu (Nageswaran, 2015).

Jednodušší varianty vzduchových matrací jsou vyráběny z gumových materiálů a následně se používají v kombinaci se standardní matrací. Jejich výhoda spočívá v nižších pořizovacích nákladech a snadné omyvatelnosti. Je třeba doplnit, že jejich účinnost bývá nižší a nehodí se na těžší pacienty. Rovněž celogumový povrch neprospívá správnému větrání kůže a dochází tak, zejména v letních měsících k nežádoucím jevům ve formě zapařenin kůže. Sofistikovanější vzduchové matrace jsou vyráběny z pogumovaných materiálů s paroprodyšnými potahy. Mohou se používat jak v kombinaci se standardními matracemi nebo mohou být použity v lůžku samostatně. Jejich pořizovací náklady jsou



vyšší, nicméně efekt, který přináší nemocnému je značný. Systém komor umožňuje různou kombinaci a nastavení frekvence výtlačku a odvodušňování. Je zde možné využití i systému statických komor, ventilačních mikro otvorů a nouzového vypouštění vzduchu. K pořízení antidekubitní matrace pasivní i aktivní lze využít, stejně jako u polohovacího lůžka, nabídek zdravotní pojišťovny a na základě vystavení poukazu odborného lékaře získat požadovanou matraci bezplatně (Vytejková a kol., 2011).

### 2.4.3 Pomůcky pro polohování pacienta na lůžku

Základem polohování je funkční polohovací lůžko nemocného. Pečující rodinní příslušníci musí být dostatečně poučeni o tom, jak správně využít funkcí a možností polohovacího lůžka. Znalost a dovednost aplikovat takto získané vědomosti do praktické činnosti jim ušetří spoustu námahy a omezí zátěž jejich opěrného a pohybového aparátu. Polohování nemocného je důležitou součástí péče o pacienta při prevenci vzniku dekubitů (Holmerová a kol., 2014a).

K usnadnění polohování pacienta lze využívat vlastních funkcí polohovacího lůžka, kdy využíváme nastavitelných ploch pod zády a pod nohama nemocného a současně je optimální použití různých polohovacích pomůcek, které se vkládají nemocnému do lůžka. Ty můžeme rozdělit do tří samostatných skupin dle funkčnosti: zdravotní polštáře, podložky pro polohování a antidekubitní podložky. **Zdravotní polštáře** jsou speciální podložky určené k šetrnému polohování hlavy a šíje pacienta. Jsou většinou vyráběny z tzv. paměťové pěny a jsou anatomicky tvarovány. **Podložky pro polohování** představují velmi širokou škálu různých hranolů, klínů, válců, ale i sofistikovaných anatomicky tvarovaných podložek pro co nejoptimálnější polohování pacienta. Do této kategorie patří rovněž různé pomůcky ve tvaru kruhů, podkov či dlouhých polštářů a rovněž polohovací pomůcka Bumerang, o které budeme hovořit dále. Starší pomůcky v tomto segmentu byly vyráběny z molitanu a potaženy koženkou, dnešní moderní pomůcky jsou tvořeny paměťovou pěnou nebo polystyrénovými kuličkami a povrch je vyráběn z paroprodyšného materiálu (Vytejková a kol., 2011).

**Antidekubitní podložky** jsou specifické pomůcky sloužící k odlehčování jednotlivých částí těla nemocného, které jsou nejvíce ohroženy rizikem vzniku dekubitů. Patří sem různé podložky pod končetiny, zejména pod paty, tzv. bačkory a také rozličné typy sedacích kruhů. Tyto podložky bývají z prateľného nebo snadno omyvatelného materiálu. Svoji roli v polohování pacienta může rovněž plnit i tzv. hrazdička, prostřednictvím které může nemocný dopomáhat ošetřujícímu personálu při svém polohování. Moderní lůžka bývají navíc vybavena posuvnou deskou dolního čela, což je důležité pro zajištění správné a pohodlné polohy u pacientů vyššího věku. Předchází se tak defektům v oblasti chodidel (Bydžovský a kol., 2015).

## **2.5. Přednosti pomůcky Bumerang v polohovacím lůžku**

Zajímavou, všestranně využitelnou a práci usnadňující pomůckou při péči o pacienta v polohovacím lůžku je pomůcka Bumerang. Polohovací pomůcka Bumerang je univerzální pomocník pro pečující při ošetrovatelské péči o pacienta v domácím prostředí. Tato pomůcka bývá hojně využívána při polohování pacientů, kteří nejsou schopni jakéhokoli pohybu, dopomoci a vyžadují nepřetržitou péči. Pomůcka Bumerang představuje vak, tvořený polystyrénovými mikrokuličkami, který je dlouhý asi sto třicet pět centimetrů a má tvar připomínající půlměsíc. Povrch je tvořen paroprodyšným omyvatelným materiálem. Pomůcka slouží k polohování a podkládání trupu, pánve a horních a dolních končetin. Při správném používání nahrazuje celou řadu ostatních pomůcek a přispívá k většině cílů správného polohování. Zejména se uplatňuje při prevenci dekubitů, prevenci kloubních deformit, prevenci kontraktur a ovlivňuje svalový tonus (Kolář a kol., 2015).

### **2.5.1 Pomůcka Bumerang v souvislosti se somatickou stimulací**

Polohovací pomůcka Bumerang je velmi využívána v souvislosti s konceptem bazální stimulace, kdy je využívána pro polohování v rámci somatické stimulace. Somatické vnímání nám poskytuje vjemy z povrchu těla prostřednictvím kožního percepčního orgánu.

Senzibilita svalů a kloubů je nazývána propriorepcí a úzce souvisí se somatickým a kinestetickým vnímáním. Somatická stimulace umožňuje zprostředkovat pacientovi vjemy ze svého těla a stimulovat vnímání tělesného schématu a okolního světa. Vnímání vlastního těla je předpokladem uvědomění si okolního světa a schopnosti s ním komunikovat (Friedlová, 2010)

Nemůže-li se člověk pohybovat a tráví většinu času na lůžku, dostává velmi málo podnětů z vlastního těla a ztrácí orientaci na svém těle. Tato situace vede ke ztrátě schopnosti vnímání sebe sama, následně k pocitům nejistoty a strachu. Imobilní klienti s nedostatečnou aktivitou mohou reagovat zmateným jednáním, nekvalitní komunikací, což vede k deprivaci z nedostatečné saturace potřeb. Dále projevy strachu a úzkosti, motorickým neklidem a chybnou interpretací reality (Zacharová a kol., 2007).

Imobilita a nečinnost má za následek ztrátu vzpomínek na pohyb a změny ve vnímání tělesného schématu. Vnímání vlastního těla se mění při klidném ležení již po třiceti minutách. Dochází ke ztrátě pocitů vlastních tělesných hranic. Tento stav umocňuje ležení na měkkých podložkách, např. na antidekubitních matracích. Prostřednictvím polohování můžeme nemocnému umožnit získat informace o svém těle a stabilizovat vnímání tělesného schématu. Polohováním poskytujeme stimulaci somatickou, ale i vestibulární. Polohování přispívá změnou pohledu nemocného i ke zrakové stimulaci. Málo podnětné okolí s nedostatkem senzorických podnětů redukuje přísun informací k člověku. Výraznou somatickou stimulaci umožňují nemocnému polohy tzv. mumie nebo hnízdo. Obě pozice lze kombinovat s mikropolohováním, tedy stavem, kdy nemocný leží na boku, ale jeho tělo nesvírá s podložkou pravý úhel. K oběma polohám lze velmi výhodně využít pomůcku Bumerang. Její délka umožňuje vypodložení nemocného v celé délce těla a tvarovatelnost přináší velké množství možností, jak přizpůsobit pomůcku nemocnému (Friedlová, 2010).

## **2.5.2 Bazální stimulace při použití pomůcky Bumerang**

Při polohování je nutné zohlednit komfort nemocného. Někdo při usínání zaujme určitou polohu nebo potřebuje mít specifickým způsobem nastavený polštář, někdo potřebuje mít na blízku druhou osobu. Vždy je třeba nutná zpětná reflexe integrovaných

opatření. Reflexe musí probíhat napříč se všemi ošetřujícími rodinnými příslušníky i ostatními členy ošetrovatelského týmu (Tomeš, 2015).

Cílem polohy tzv. hnízdo je stimulovat vnímání tělesného schématu, a tím eliminovat následky degenerativní habitace. Hnízdo poskytuje nemocnému poziční komfort a navozuje příjemné pocity. Přináší pocit jistoty a zlepšuje vnímání hranic svého těla. Tuto polohu volíme u nemocných ve fázi odpočinku, během noci, po celkové zklidňující koupeli, po vyšetřeních, po dýchání stimulační masáži, ke stimulaci vnímání tělesného obrazu, neklidných, agresivních, s motorickým neklidem, dezorientovaných, umírajících, v kómatech a se spasticitou (Špirudová, 2015).

Nemocného uložíme do vybrané polohy a tělo obkládáme srolovanými dekami nebo polštáři. Výhodnou pomůckou v této činnosti je pomůcka Bumerang, která nám svojí konstrukcí nahrazuje všechny improvizované pomůcky a bez velkého úsilí se anatomicky tvaruje dle těla nemocného. Její délka umožňuje modulovat i periferní části těla. Nemocného následně přikryjeme a dle možností umožníme dodatečně hmatovou stimulaci. Polohování do hnízda je důležité pro svalový tonus, motoriku, vnímání tělesného obrazu a prevenci dekubitů. Poloha mumie se využívá především u těch klientů, u kterých je nutná velmi intenzivní stimulace vnímání tělesného schématu. Jde o děti s hlubokou mentální retardací nebo o nemocné ve vigilních kómatech. Může být využita i jako nefarmakologický postup s cílem eliminovat stavy neklidu a agresivity. Nemocného zabalíme do deky nebo prostěradla. Začínáme u nohou a postupujeme vzhůru. Konce deky následně založíme pod tělo nemocného. Polohu mumie je vhodné kombinovat s polohou hnízdo, kdy pomůckou Bumerang celkově fixujeme nemocného. V případě potřeby můžeme dosáhnout optimálního výsledku použitím dvou pomůcek Bumerang. Tato možnost je vhodná u vyšších nebo mohutnějších nemocných. Volbou pomůcky Bumerang získáváme anatomicky tvarovatelnou pomůcku složenou lehké polystyrenové náplně a vodě odolného prodyšného obalu, která nahrazuje celou řadu stávajících polohovacích pomůcek. Ty jsou v domácím prostředí často tvořeny improvizovanými pomůckami nevhodných tvarů bez omyvatelnosti a možnosti dezinfekce (Friedlová, 2010).

## 2.6 Využití polohovacího lůžka v domácím prostředí

Všeobecná sestra v terénní péči představuje pro nemocného a jeho rodinu hlavního komunikačního partnera v každodenní péči. Sestra tráví s nemocným a jeho rodinou největší množství času ze všech členů multidisciplinárního ošetrovatelského týmu. Zabezpečuje také edukaci rodiny. Kromě výkonů běžných ošetrovatelských záležitostí musí terénní sestra umět rozpoznat symptomy, které vznikají při progresi onemocnění (Bydžovský a kol., 2015).

Ošetrovatelský proces u nemocného je mnohdy náročnější s ohledem na častou klinickou nestabilitu a fakt, že zahrnuje i péči o rodinné příslušníky. Na sestru jsou tak v rámci terénní péče kladeny velké nároky na samostatnost a schopnost rozhodování se při krizových intervencích. Velmi důležité jsou první návštěvy terénní sestry v domácím prostředí nemocného. Během těchto návštěv si sestra tvoří obraz o společensko sociálních poměrech v rodině nemocného a současně i mapuje situaci nemocného v domácím prostředí. Sestra si všímá, kde nemocný leží, v jaké místnosti a na jakém lůžku (Marková, 2010).

Sestra většinou nachází nemocného na běžném domácím lůžku, manželské posteli či rozkládací pohovce. Rodinní příslušníci jsou v prvních dnech péče většinou přesvědčeni, že takové lůžko stačí. Problémy však vznikají záhy s prvními pokusy o domácí laickou ošetrovatelskou péči. Rodina zjišťuje, že není schopna svého blízkého na domácí pohovce ošetřit, nelze jej zde polohovat a nemocný trpí bolestmi od nevhodného ležení. V takové situaci často dochází ke zlomu, kdy rodina vzdává péči o svého blízkého a obrací se k zařízení poskytujícímu lůžkovou péči. Úkol sestry spočívá v jasné a srozumitelné edukaci rodinných příslušníků o této problematice. Sestra by měla rodinným příslušníkům vysvětlit, případně i ukázat, proč je domácí pohovka či manželská postel nevhodná k péči o trvale ležícího. Musí rodině vysvětlit problematiku z anatomického i ošetrovatelského hlediska. Poté je třeba nabídnout alternativní řešení. A sice elektrickou polohovací postel. Sestra by měla rodinu informovat, že takové lůžko existuje a lze jej opatřit do domácnosti. Musí rodině vysvětlit způsoby pořízení lůžka, zda je v regionu dostupná možnost zapůjčení a za jakých podmínek. Sestra by měla rodině objasnit, že se nejedná o velký zásah do uspořádání obydlí a pořízení lůžka neobnáší velké nároky na stěhování nábytku. Toto je

nutné zdůraznit hlavně u rodinných příslušníků v seniorském věku. Takový proces edukace obnáší velké úsilí a vyžaduje často delší časový úsek. Mnohdy rodinné příslušníky ke změně postoje přiměje až počínající tvorba defektů na těle nemocného (Heřmanová a kol., 2012).

Ve chvíli, kdy je polohovací lůžko objednáno, je třeba s rodinou promyslet umístění lůžka tak, aby nemocný měl zajištěno optimální soukromí, ale nebyl izolován od zbytku domácnosti. Pokud se tato věc podaří a lůžko je již v domácnosti, přichází další blok úkolů terénní sestry. Musí rodině vysvětlit a ukázat způsoby zacházení s lůžkem v kombinaci s ošetřováním nemocného. Sestra musí vyzdvihnout hlavní zásady správného využívání polohovacího lůžka a naučit rodinu používat, případně doporučit, další pomůcky k polohování nemocného v lůžku (Bydžovský a kol., 2015).

## 3 Výzkumná část

Výzkumná část bakalářské práce popisuje podrobným způsobem cíle a výzkumné předpoklady pomocí výsledků dat, které pochází z výzkumného šetření. Závěrem je uvedeno doporučení pro praxi a výstup bakalářské práce.

### 3.1 Cíle a výzkumné předpoklady

Pro bakalářskou práci byly vytyčeny 3 výzkumné cíle a 3 výzkumné předpoklady. Výzkumné předpoklady byly upřesněny na základě výsledků předvýzkumu, který byl proveden v lednu 2018 mezi rodinnými příslušníky pacientů terénního Hospice sv. Zdislavy o.p.s. v počtu deseti respondentů.

#### **Cíle práce:**

1. Zjistit informovanost rodinných příslušníků o využití polohovacího lůžka v domácím prostředí.
2. Zjistit informovanost rodinných příslušníků o využití antidekubitní matrace v polohovacím lůžku v domácím prostředí.
3. Zjistit informovanost rodinných příslušníků o využití polohovací pomůcky Bumerang v domácím prostředí.

#### **Výzkumné předpoklady:**

1. Předpokládáme, že 35 % a více rodinných příslušníků má informace o výhodách polohovacího lůžka v domácím prostředí.
2. Předpokládáme, že 35 % a více rodinných příslušníků má informace o antidekubitní matraci.
3. Předpokládáme, že 20 % a více rodinných příslušníků má informace o polohovacích pomůckách a polohovací pomůcce Bumerang.

## **3.2 Metodika výzkumu**

Výzkumná část bakalářské práce je prováděna metodou kvantitativního výzkumu, se zvolením výzkumné techniky nestandardizovaného dotazníku (příloha E). Dotazník byl rozšířen v tištěné podobě mezi rodinné příslušníky pacientů terénního Hospice sv. Zdislavy o.p.s. Výzkumné šetření proběhlo v měsíci únoru 2018.

### **3.2.1 Metodický postup a metoda zkoumání**

**Předvýzkum** (příloha F) byl realizován v lednu roku 2018 formou tištěného dotazníku. Dotazník byl rozdán deseti náhodně zvoleným respondentům z řad rodinných příslušníků pacientů terénního Hospice sv. Zdislavy o.p.s. Vyplnění dotazníků bylo anonymní. Na základě předvýzkumu byla ověřena srozumitelnost otázek a byly upřesněny výzkumné předpoklady. **Dotazník** obsahuje 20 otázek. Jednotlivé otázky byly tvořeny na základě získaných informací z odborné literatury. Prvních 5 otázek je identifikačních, zbývajících 15 otázek se týká vlastního výzkumného šetření. Na všechny otázky lze odpovědět pouze jednou nejvíce vhodnou odpovědí.

### **3.2.2 Charakteristika výzkumného vzorku**

Výzkumný vzorek tvoří rodinní příslušníci pacientů terénního Hospice sv. Zdislavy o.p.s. v Libereckém kraji, kteří trvale pečovali nebo pečují o nemocného v domácím prostředí. Dotazník je z důvodu možného ovlivnění výsledku zcela anonymní. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 50 respondentů, kteří pečují nebo pečovali o nemocného rodinného příslušníka, pacienta terénního Hospice sv. Zdislavy, o.p.s., v domácím prostředí.



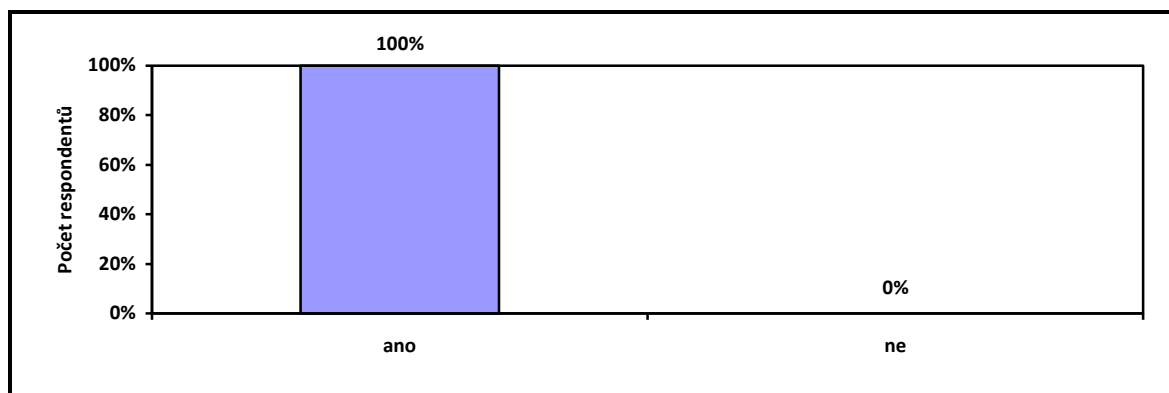
### 3.3 Analýza výzkumných dat

Data výzkumného šetření bakalářské práce byla zpracována a vyhodnocena pomocí tabulek a grafů v programu Microsoft Excel 2016. Text byl zpracován textovým editorem Microsoft Word 2016. Výsledná data byla upravena do tabulek. Data byla vyhodnocena pomocí popisné statistiky.

#### 3.3.1 Analýza výzkumné položky č. 1 – péče o nemocného rodinného příslušníka doma

Tabulka 1 Péče o nemocného rodinného příslušníka doma

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
ano	50	100 %
ne	0	0 %
celkem	50	100 %



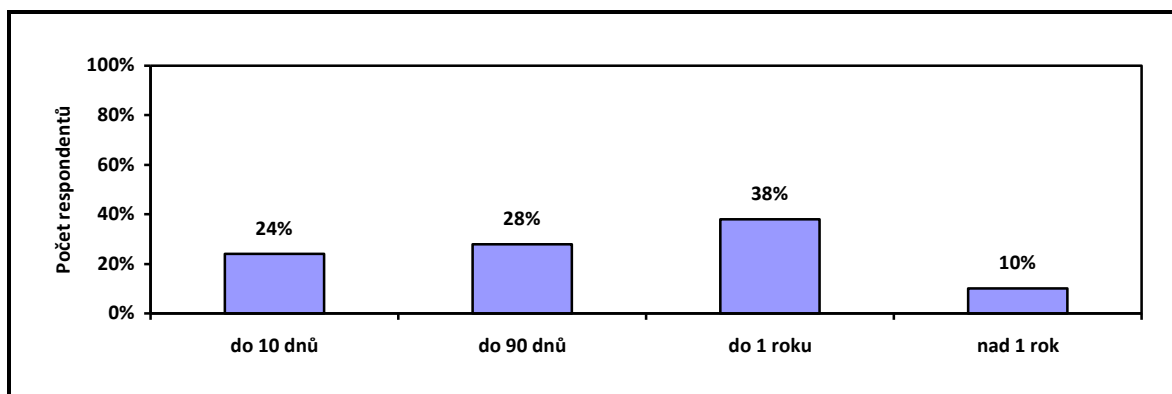
Graf 1 Péče o nemocného rodinného příslušníka doma

Výzkumná položka č. 1 zjišťuje, zda dotazovaní respondenti pečují či pečovali o nemocného rodinného příslušníka v domácím prostředí. Všichni dotazovaní respondenti na tuto otázku odpověděli kladně.

### 3.3.2 Analýza výzkumné položky č. 2 – délka péče o nemocného rodinného příslušníka doma

Tabulka 2 Délka péče o nemocného rodinného příslušníka doma

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
do 10 dnů	12	24 %
do 90 dnů	14	28 %
do 1 roku	19	38 %
nad 1 rok	5	10 %
celkem	50	100 %



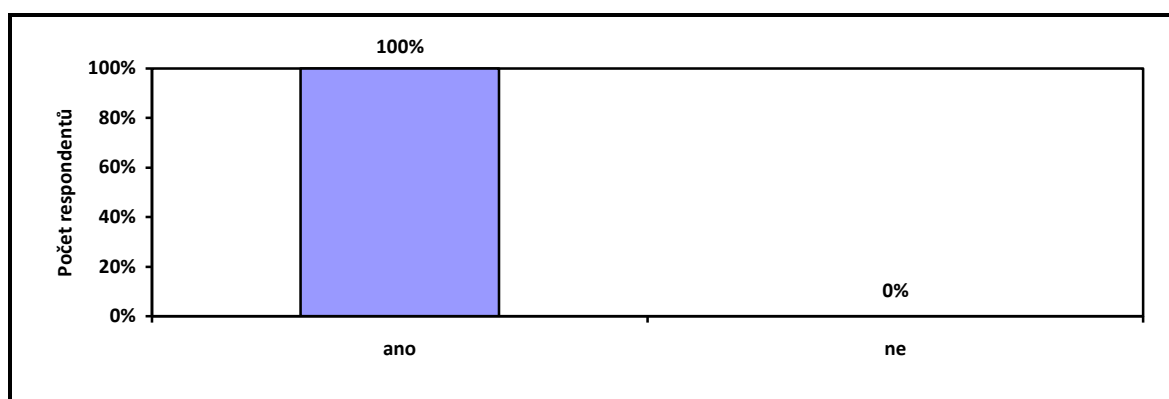
Graf 2 Délka péče o nemocného rodinného příslušníka doma

Výzkumná položka č. 2 se zabývá délkou péče o nemocného v domácím prostředí. Dotazovaní respondenti uvedli, že ve 12 případech pečovali o nemocného rodinného příslušníka v domácím prostředí v délce trvání do 10 dnů, ve 14 případech do 90 dnů, v 19 případech v délce trvání do 1 roku a v 5 případech přesahovala péče dobu trvání nad 1 rok péče.

### 3.3.3 Analýza výzkumné položky č. 3 – pobyt nemocného na lůžku

Tabulka 3 Pobyt nemocného na lůžku

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
ano	50	100 %
ne	0	0 %
<b>celkem</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>



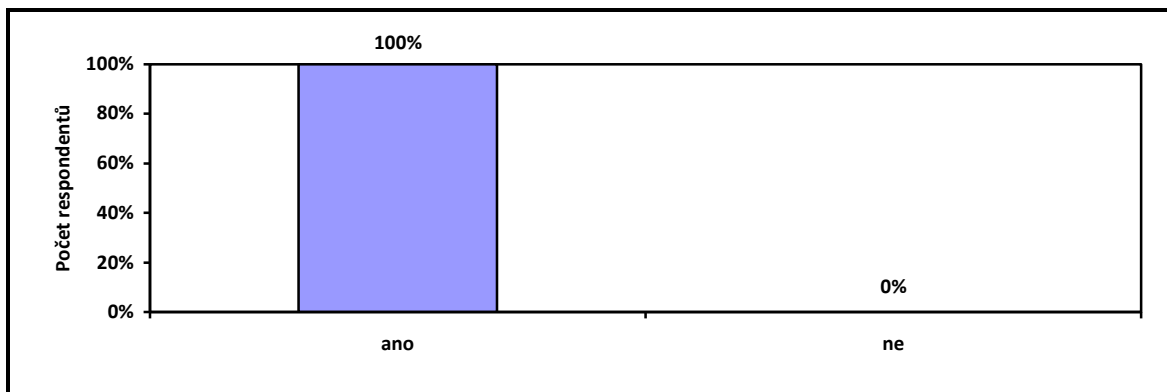
Graf 3 Pobyt nemocného na lůžku

Výzkumná položka č. 3 zjišťuje, zda nemocný tráví všechnen nebo většinu času na lůžku. Všichni dotazovaní respondenti uvedli, že jejich nemocný rodinný příslušník trávil či tráví většinu dne na lůžku.

### 3.3.4 Analýza výzkumné položky č. 4 – užití pomůcek pro péči

Tabulka 4 Užití pomůcek pro péči

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
ano	50	100 %
ne	0	0 %
<b>celkem</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>



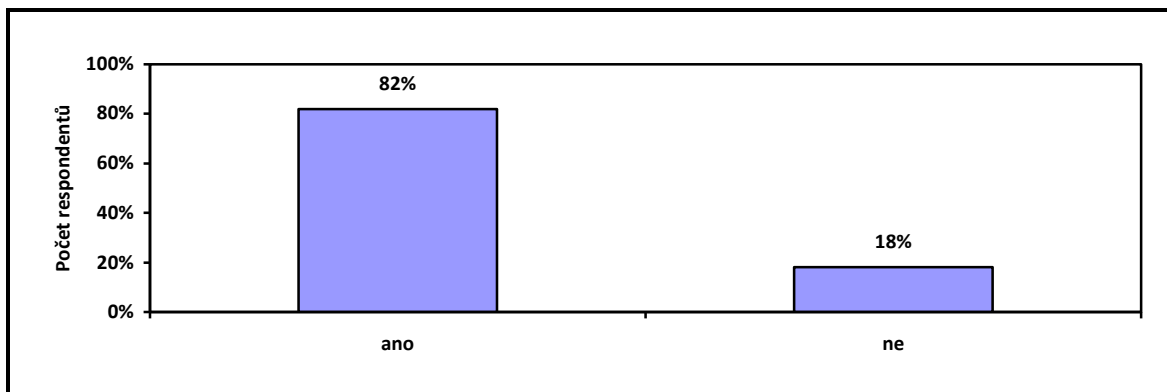
Graf 4 Užití pomůcek pro péči

Výzkumná položka č. 4 zjišťuje, zda respondenti používali při péči o nemocné pomůcky jako jsou polohovací lůžko, antidekubitní matrace. Všichni dotazovaní respondenti uvedli, že péče o nemocného v domácím prostředí vyžadovala použití výše jmenovaných pomůcek.

### 3.3.5 Analýza výzkumné položky č. 5 – využití polohovacího lůžka v domácnosti

Tabulka 5 Využití polohovacího lůžka v domácnosti

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
ano	41	82 %
ne	9	18 %
<b>celkem</b>	50	100 %



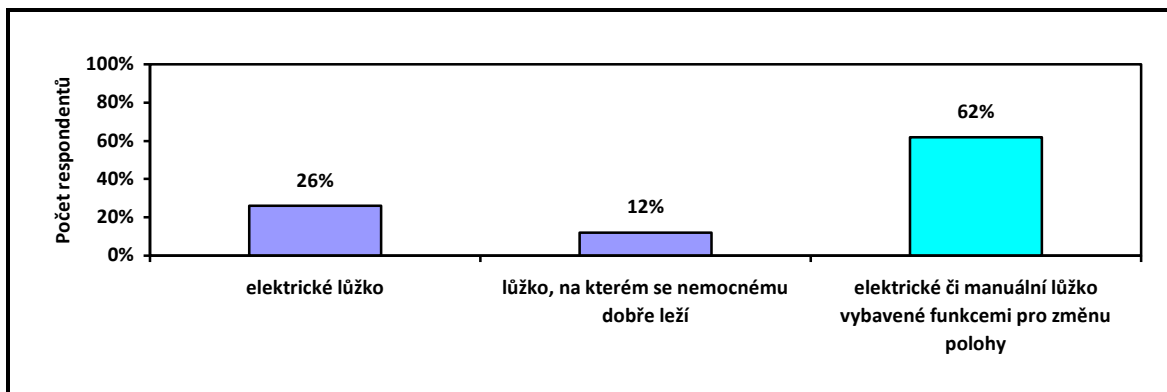
Graf 5 Využití polohovacího lůžka v domácnosti

Výzkumná položka č. 5 zjišťuje, zda dotazovaní respondenti využívali v péči o nemocného polohovací lůžko. Z dotazovaných respondentů celkem 41 osob potvrdilo využití polohovacího lůžka. 9 tazatelů polohovací lůžko nevyužilo.

### 3.3.6 Analýza výzkumné položky č. 6 – charakteristika polohovacího lůžka

Tabulka 6 Charakteristika polohovacího lůžka

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Elektrické lůžko	13	26 %
Lůžko, na kterém se nemocnému dobře leží	6	12 %
Elektrické či manuální lůžko vybavené funkcemi pro změnu polohy	31	62 %
<b>celkem</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>



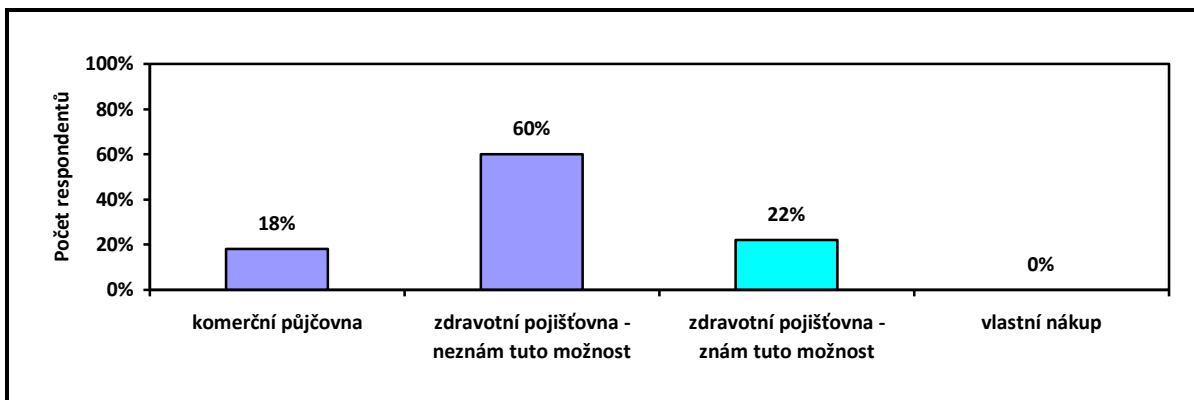
Graf 6 Charakteristika polohovacího lůžka

Ve výzkumné položce č. 6 byly zkoumány obecné informace respondentů o charakteristice polohovacího lůžka. Z nabízených odpovědí uvedlo 31 respondentů nejlepší vhodnou odpověď C. Tj. správná charakteristika polohovacího lůžka jako elektrické či manuální lůžko vybavené základními funkcemi pro změnu polohy, které je svými rozměry a vybaveností (postranice, hrazda, antidekubitní matrace) určeno pro trvalejší pobyt nemocného.

### 3.3.7 Analýza výzkumné položky č. 7 – volba finančně nejúspornější možnosti získání lůžka

Tabulka 7 Volba nejúspornější možnosti získání lůžka

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Komerční půjčovna	9	18 %
Zdravotní pojišťovna – neznám tuto možnost	30	60 %
Zdravotní pojišťovna – znám tuto možnost	11	22 %
Vlastní nákup	0	0 %
celkem	50	100 %



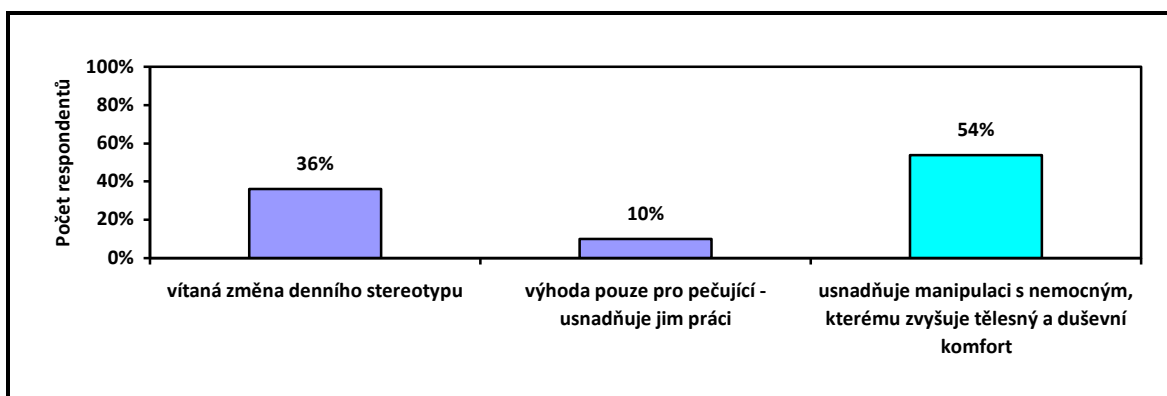
Graf 7 Volba nejúspěšnější možnosti získání lůžka

Ve výzkumné položce č. 7 byla zjišťována znalost respondentů v oblasti způsobů získávání polohovacího lůžka. Vzhledem ke skutečnosti, že je polohovací lůžko nákladná pomůcka, bylo zjišťováno, zda mají respondenti informace o možnosti získat lůžko prostřednictvím zdravotní pojišťovny. Tuto možnost C označilo pouze 11 dotazovaných respondentů, kteří rovněž uvedli, že této možnosti skutečně využili. Dalších 30 respondentů v odpovědi B označilo možnost získání lůžka prostřednictvím zdravotního pojištění. Nicméně v době, kdy lůžko fyzicky potřebovali jim tato skutečnost nebyla známa. 9 respondentů uvedlo v odpovědi A získání lůžka prostřednictvím komerční půjčovny kompenzačních pomůcek. Odpověď D, způsob získání vlastním nákupem pomůcky, neuvedl nikdo z tázaných.

### 3.3.8 Analýza výzkumné položky č. 8 – hlavní přednost polohovacího lůžka

Tabulka 8 Hlavní přednost polohovacího lůžka

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Vítaná změna denního stereotypu	18	36 %
Výhoda pouze pro pečující – usnadňuje jim práci	5	10 %
Usnadňuje manipulaci s nemocným, kterému zvyšuje tělesný a duševní komfort	27	54 %
<b>celkem</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>



Graf 8 Hlavní přednost polohovacího lůžka

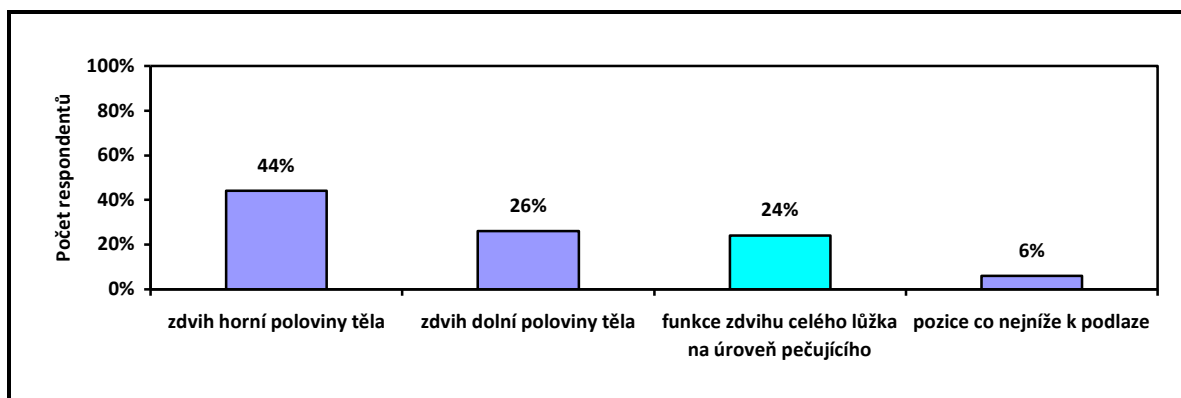
Ve výzkumné položce č. 8 byla zjišťována míra povědomí dotazovaných o hlavním rozdílu mezi obyčejným a polohovacím lůžkem. Z šetření vyplynulo, že správnou odpověď C uvedla více jak polovina respondentů, tj. 27. Zbytek volil jinou, méně vyhovující odpověď.



### 3.3.9 Analýza výzkumné položky č. 9 – optimální funkce lůžka při provádění osobní hygieny

Tabulka 9 Optimální funkce lůžka při provádění osobní hygieny

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Zdvih horní poloviny těla	22	44 %
Zdvih dolní poloviny těla	13	26 %
Funkce zdvihu celého lůžka na úroveň pečujícího	12	24 %
Pozice co nejbliže k podlaze	3	6 %
celkem	50	100 %



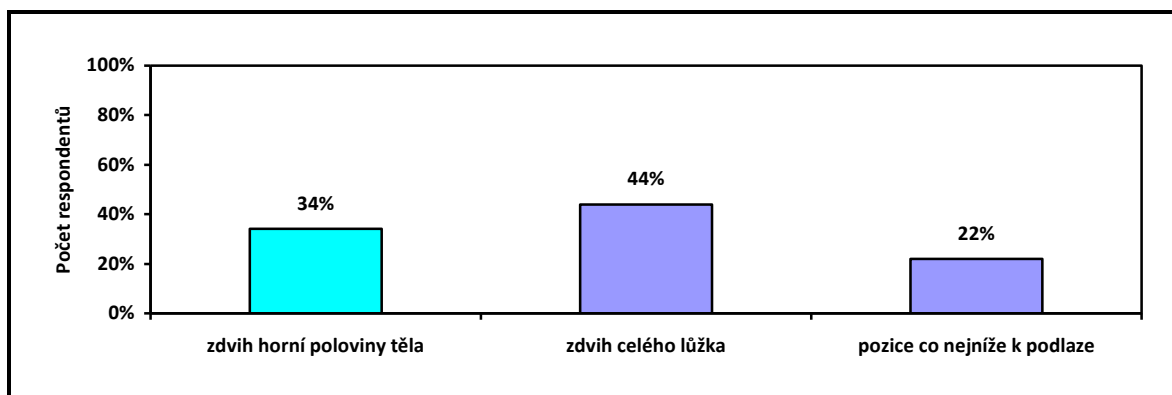
Graf 9 Optimální funkce lůžka při provádění osobní hygieny

Ve výzkumné položce č. 9 byla u respondentů zjišťována znalost nejvýznamnější funkce lůžka při provádění osobní hygieny. Správnou odpověď C, zdvih celého lůžka, volilo pouze 12 respondentů.

### 3.3.10 Analýza výzkumné položky č. 10 – funkce lůžka při dušnosti

Tabulka 10 Funkce lůžka při dušnosti

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Zdvih horní poloviny těla	17	34 %
Zdvih celého lůžka	22	44 %
Pozice co nejnižše k podlaze	11	22 %
<b>celkem</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>



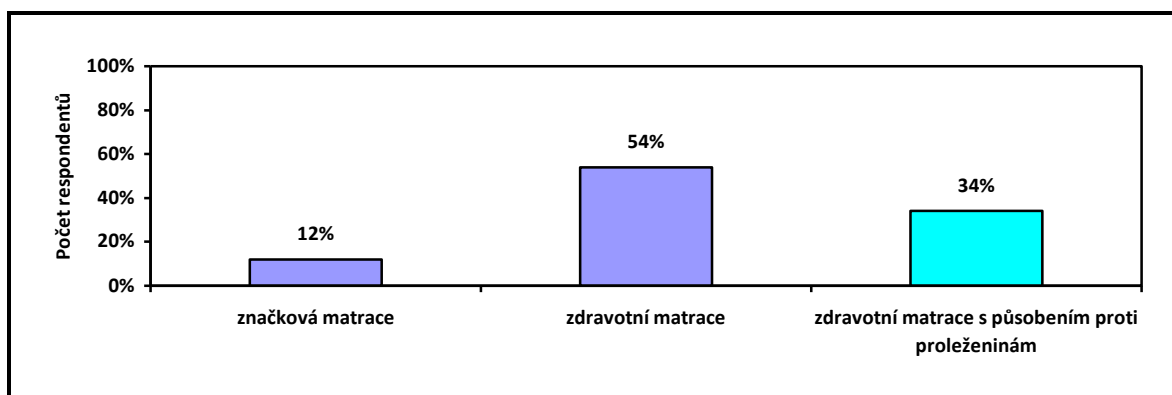
Graf 10 Funkce lůžka při dušnosti

Ve výzkumné položce č. 10 bylo zjišťováno, zda je dotazovaným respondentům známá funkce lůžka, která je důležitá pro pacienty trpící dechovými obtížemi. Správnou odpověď A, zdvih horní poloviny těla, uvedlo 17 dotazovaných respondentů.

### 3.3.11 Analýza výzkumné položky č. 11 – charakteristika antidekubitní matrace

Tabulka 11 Charakteristika antidekubitní matrace

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Značková matrace	6	12 %
Zdravotní matrace	27	54 %
Zdravotní matrace s působením proti vzniku proleženin	17	34 %
<b>celkem</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>



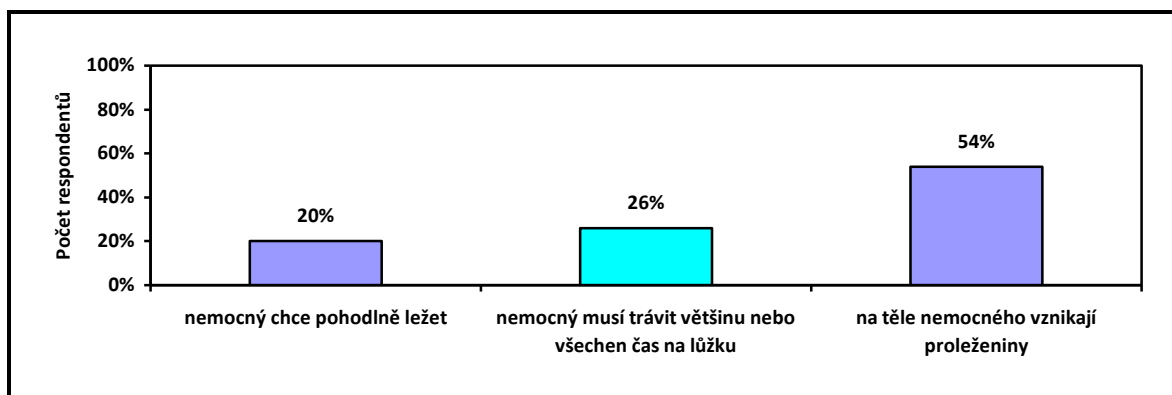
Graf 11 Charakteristika antidekubitní matrace

Ve výzkumné položce č. 11 bylo zkoumáno obecné povědomí respondentů o charakteristice antidekubitní matrace. Z nabízených odpovědí uvedlo nejlepší vhodnou odpověď C 17 respondentů. Ti správně charakterizovali antidekubitní matraci jako zdravotní matraci s působením proti vzniku proleženin.

### 3.3.12 Analýza výzkumné položky č. 12 – volba pěnové antidekubitní matrace

Tabulka 12 Volba pěnové antidekubitní matrace

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Nemocný chce pohodlně ležet	10	20 %
Nemocný musí trávit většinu nebo všechny čas na lůžku	13	26 %
Na těle nemocného vznikají proleženiny	27	54 %
<b>celkem</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>



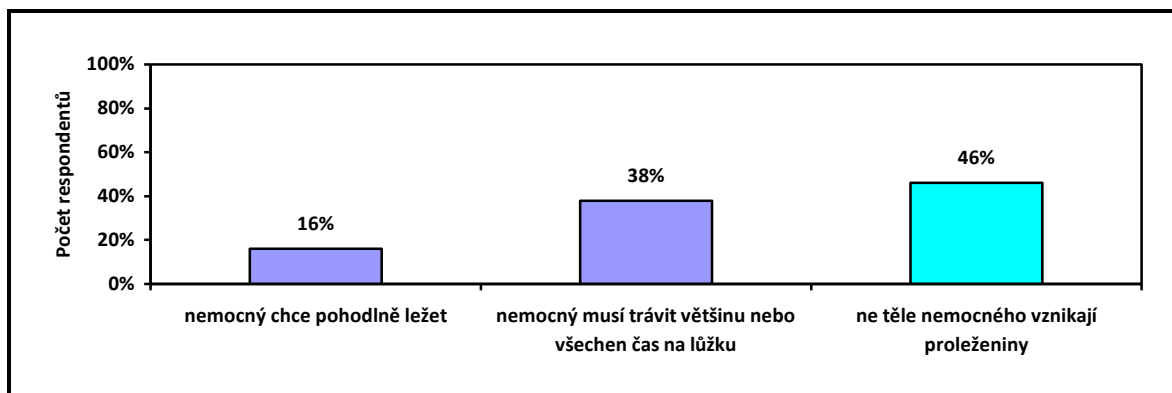
Graf 12 Volba pěnové antidekubitní matrace

Ve výzkumné položce č. 12 byla zjišťována informovanost respondentů v oblasti volby použití pěnové antidekubitní matrace. Nejvhodnější odpověď B, použití matrace v situaci, kdy nemocný tráví většinu nebo všechny čas na lůžku, volilo 13 dotazovaných respondentů. Nejvíce odpovědí, tj. 27, získala odpověď C, kdy je matrace použita až při vzniku proleženin. Pěnová matrace však plní zejména funkci prevence a měla by být použita již před možným vznikem proleženin.

### 3.3.13 Analýza výzkumné položky č. 13 - volba vzduchové antidekubitní matrace

Tabulka 13 Volba vzduchové antidekubitní matrace

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Nemocný chce pohodlně ležet	8	16 %
Nemocný musí trávit většinu nebo všechny čas na lůžku	19	38 %
Na těle nemocného vznikají proleženiny	23	46 %
<b>celkem</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>



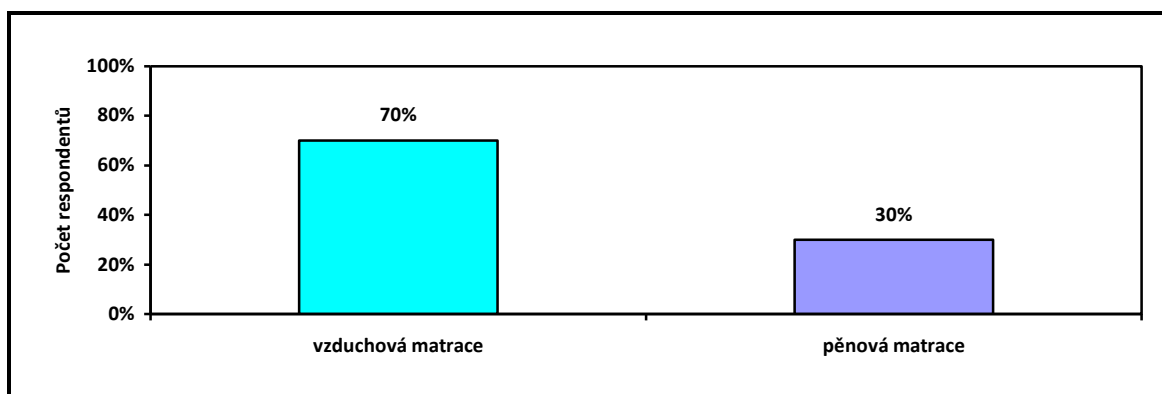
Graf 13 Volba vzduchové antidekubitní matrace

Ve výzkumné položce č. 13 byla zjišťována informovanost respondentů v oblasti volby použití vzduchové antidekubitní matrace. Nejvhodnější odpověď C, použití matrace v situaci, kdy u nemocného vznikají proleženiny, volilo 23 dotazovaných respondentů.

### 3.3.14 Analýza výzkumné položky č. 14 – volba vzduchového kompresoru

Tabulka 14 Volba vzduchového kompresoru

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Vzduchová matrace	35	70 %
Pěnová matrace	15	30 %
<b>celkem</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>



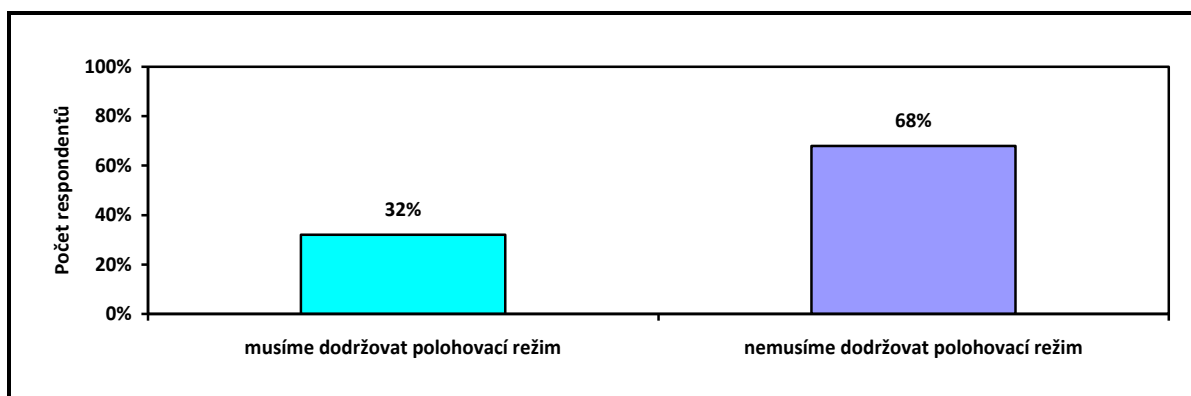
Graf 14 Volba vzduchového kompresoru

Výzkumná položka č. 14 se zabývá potřebností vzduchového kompresoru k antidekubitní matraci. Ptáme se respondentů, která matrace, vzduchová či pěnová, potřebuje ke svému provozu vzduchový kompresor. Respondenti v počtu 35 odpovědí správně uvedli odpověď A, kdy je kompresor třeba u vzduchové matrace.

### 3.3.15 Analýza výzkumné položky č. 15 – polohovací režim při použití antidekubitní matrace

Tabulka 15 Polohovací režim při použití antidekubitní matrace

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Musíme dodržovat polohovací režim	16	32 %
Nemusíme dodržovat polohovací režim	34	68 %
<b>celkem</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>



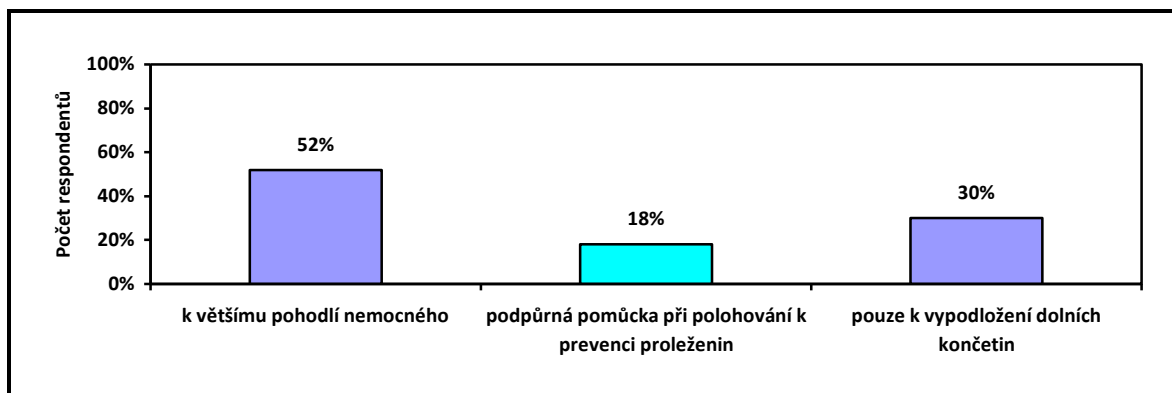
Graf 15 Polohovací režim při použití antidekubitní matrace

Výzkumná položka č. 15 se zabývá polohovacím režimem při použití antidekubitní matrace. Dotazovaní respondenti uvedli pouze v 16 odpovědích odpověď A, tj. nutnost dodržování polohovacího režimu i při použití vzduchové matrace. Většina respondentů, tj. 34, se domnívá, že na polohovací režim při použití antidekubitní matrace již není třeba myslet.

### 3.3.16 Analýza výzkumné položky č. 16 – využití polohovacích pomůcek v lůžku

Tabulka 16 Využití polohovacích pomůcek v lůžku

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
K většímu pohodlí nemocného	26	52 %
Podpůrná pomůcka při polohování k prevenci proleženin	9	18 %
Pouze k vypodložení dolních končetin	15	30 %
<b>celkem</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>



Graf 16 Využití polohovacích pomůcek v lůžku

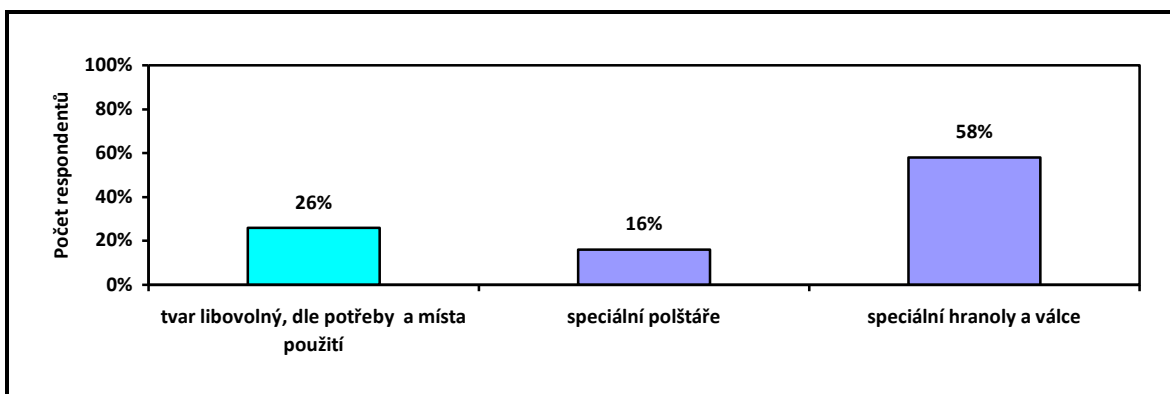
Ve výzkumné položce č. 16 zjišťujeme u dotazovaných respondentů, zda dokáží správně určit důvod použití polohovacích pomůcek v lůžku. Nejvíce dotazovaných respondentů, tj. 26, uvedlo v odpovědi A, že polohovací pomůcky slouží k většímu pohodlí nemocného. Pouze 9 dotazovaných uvedlo nejvhodnější odpověď B, která udává, že polohovací pomůcky slouží jako podpůrná pomůcka při polohování v rámci prevence vzniku proleženin.



### 3.3.17 Analýza výzkumné položky č. 17 – tvar polohovacích pomůcek

Tabulka 17 Tvar polohovacích pomůcek

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Tvar libovolný, dle potřeby a místa použití	13	26 %
Jedná se vždy o speciální polštáře	8	16 %
Jedná se vždy o speciální hranoly a válce	29	58 %
<b>celkem</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>



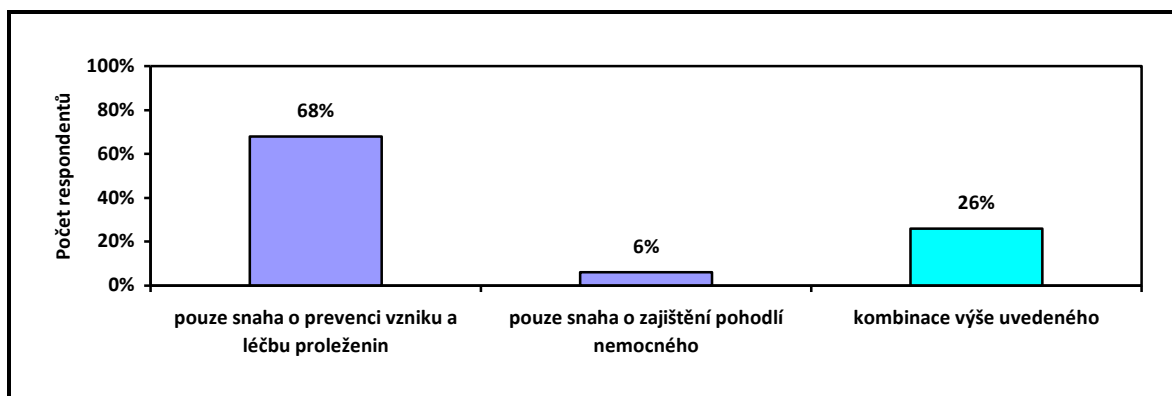
Graf 17 Tvar polohovacích pomůcek

Ve výzkumné položce č. 17 se zabýváme tvarem a vzhledem polohovacích pomůcek. Z výzkumu plyne, že většina respondentů, tj. 29, si v odpovědi C představuje polohovací pomůcky jako speciální hranoly a válce. Nejvhodnější odpovědí je odpověď A, která popisuje tvar polohovacích pomůcek jako tvar libovolný, dle potřeby a místa použití, neboť vhodnou polohovací pomůckou je taková pomůcka, která v místě použití plní svůj účel a zároveň zajišťuje nemocnému dostatečný komfort.

### 3.3.18 Analýza výzkumné položky č. 18 – cíl při použití polohovacích pomůcek

Tabulka 18 Cíl při použití polohovacích pomůcek

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Pouze snaha o prevenci vzniku a léčbu proleženin	34	68 %
Pouze snaha o zajištění pohodlí nemocného	3	6 %
Kombinace výše uvedeného	13	26 %
<b>celkem</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>



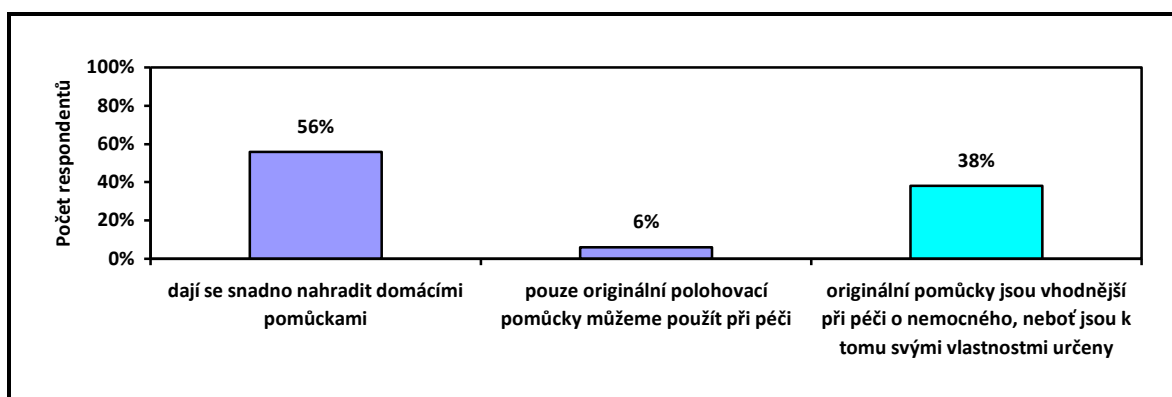
Graf 18 Cíl při použití polohovacích pomůcek

Výzkumná položka č. 18 navazuje na otázku č. 17. Zjišťuje cíl při použití polohovacích pomůcek. Většina dotazovaných respondentů, tj. 34, volila odpověď A, kdy volili cíl při použití pomůcek v podobě snahy o správnou prevenci, případně léčby proleženin. Pouze 3 respondenti uvádí odpověď B, snahu o zajištění pohodlí nemocného. Nejvhodnější odpovědí však je odpověď C, kterou volilo 13 dotazovaných respondentů. Tato odpověď popisuje cíl při použití polohovacích pomůcek jako kombinaci odpovědí A i B, tedy snahu o prevenci vzniku proleženin v kombinaci se zajištěním pohodlí nemocného.

### 3.3.19 Analýza výzkumné položky č. 19 – důvody použití originálních polohovacích pomůcek

Tabulka 19 Důvody použití originálních polohovacích pomůcek

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Dají se snadno nahradit domácími pomůckami	28	56 %
Pouze originální polohovací pomůcky můžeme použít při péči	3	6 %
Originální pomůcky jsou vhodnější při péči o nemocného, neboť jsou k tomu svými vlastnostmi určeny	19	38 %
<b>celkem</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>



Graf 19 Důvody použití originálních polohovacích pomůcek

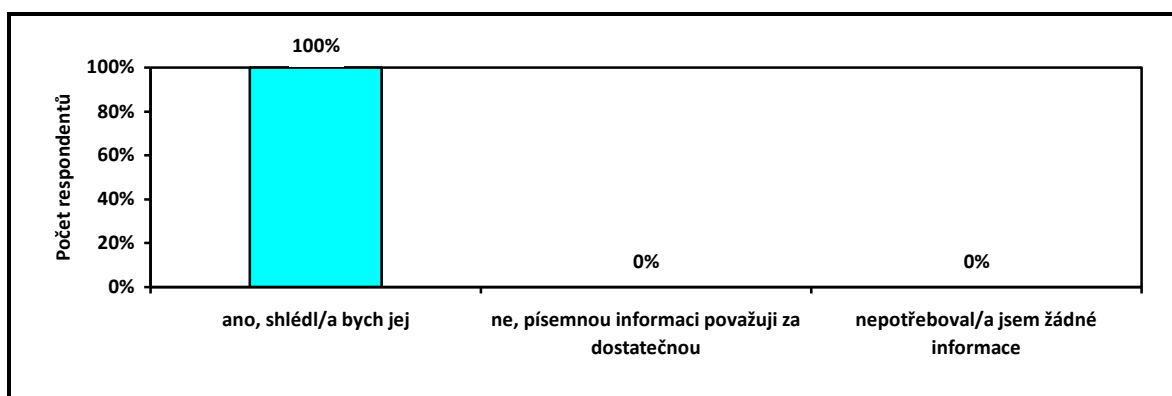
Výzkumná položka č. 19 se snaží zjistit informovanost mezi dotazovanými respondenty o vhodnosti použití originálních a domácích improvizovaných pomůcek. V rámci výzkumu bylo zjištěno, že většina respondentů, tj. 28, je v odpovědi A přesvědčena o snadném nahrazení originálních pomůcek domácími improvizovanými prostředky. 3 dotazovaní respondenti uvádí odpověď B, kdy by v případě potřeby používali pouze originální pomůcky. Nejvhodnější odpověď C udává 19 respondentů, kteří se přiklání k tvrzení, že originální pomůcky jsou vhodnější pro použití u nemocného, neboť jsou vyrobeny z omyvatelných materiálů, tvarovány dle konkrétní potřeby jednotlivých tělesných partií a jejich náplň se přizpůsobuje tvaru těla. Tím se však nevylučuje možnost použití domácích improvizovaných pomůcek. Největší množství odpovědí A si

vysvětlujeme zdlouhavým procesem pořízení, případně cenovou náročností při zajišťování originálních pomůcek.

### 3.3.20 Analýza výzkumné položky č. 20 – informační materiál

Tabulka 20 Informační materiál

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Ano, shlédl/a bych jej	50	100 %
Ne, písemnou informaci považuji za dostatečnou	0	0 %
Nepotřeboval/a jsem žádné informace	0	0 %
<b>celkem</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>



Graf 20 Informační materiál

Výzkumná položka č. 20 zjišťuje, zda by respondenti měli zájem o výukový instruktážní materiál, který by jim jednoduchou formou nastínil základní problematiku polohovacího lůžka a ostatních polohovacích pomůcek. Všichni dotazovaní respondenti by vzdělávací materiál uvítali.

### 3.4 Analýza výzkumných cílů a předpokladů

Analýza výzkumných cílů a předpokladů byla provedena na základě získaných dat formou dotazníkového šetření. Výzkum byl zpracován pomocí popisné statistiky v programu Microsoft Excel 2016. Výzkumné předpoklady byly upřesněny na základě výsledků realizovaného předvýzkumu.

#### 3.4.1 Analýza výzkumného cíle č. 1 a výzkumného předpokladu č. 1

**Výzkumný cíl č. 1:** zjistit informovanost rodinných příslušníků o využití polohovacího lůžka v domácím prostředí. **Výzkumný předpoklad č. 1:** předpokládáme, že 35 % a více rodinných příslušníků má informace o výhodách polohovacího lůžka v domácím prostředí. Výzkumný předpoklad č. 1 byl ověřován výzkumnými otázkami č. 6, 7, 8, 9 a 10. Otázka č. 6 se zabývala základní charakteristikou polohovacího lůžka. Správnou odpověď, popisující polohovací lůžko jako elektrické či manuální lůžko vybavené základními funkcemi pro změnu polohy, které je svými rozměry a vybaveností určeno pro trvalejší pobyt nemocného, zvolilo 62 % dotazovaných respondentů. Otázka č. 7 zjišťuje finančně nejúspornější možnost získání polohovacího lůžka. Odpověď v podobě pořízení lůžka prostřednictvím zdravotního pojištění, zvolilo 22 % respondentů. Otázka č. 8 se ptá respondentů na přednosti polohovacího lůžka před běžným lůžkem v domácnosti. Odpověď v podobě usnadnění manipulace s nemocným, kterému rovněž zvyšuje tělesný a duševní komfort zvolilo 54 % dotazovaných. Otázka č. 9 se ptá pečujících respondentů na funkci polohovacího lůžka, která nejvíce usnadňuje pečujícím provedení hygieny u nemocného. Správnou odpověď, funkce zdvihu celého lůžka na úroveň pečujícího, zvolilo 24 % tázaných. Otázka č. 10 zjišťuje funkci lůžka, která je nejdůležitější pro nemocného, který trpí dušností. Odpověď spočívající ve zdvihu horní poloviny těla zvolilo 34 % respondentů. Z celkového počtu respondentů prokázalo svou informovanost o polohovacím lůžku 39,2 % respondentů.

Tabulka 21 - Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 1

Výzkumná položka	Absolutní hodnota		Relativní hodnota		Celkem
	Správně	Nesprávně	Správně	Nesprávně	
Otázka č. 6	31	19	62 %	38 %	100 %
Otázka č. 7	11	39	22 %	78 %	100 %
Otázka č. 8	27	23	54 %	46 %	100 %
Otázka č. 9	12	38	24 %	76 %	100 %
Otázka č. 10	17	33	34 %	66 %	100 %
<b>Celkem</b>	<b>98</b>	<b>152</b>	<b>39,2 %</b>	<b>60,8 %</b>	<b>100 %</b>

**Výzkumný předpoklad č. 1 je v souladu s výzkumným šetřením.**

### 3.4.2 Analýza výzkumného cíle č. 2 a výzkumného předpokladu č. 2

**Výzkumný cíl č. 2:** zjistit informovanost rodinných příslušníků o využití antidekubitní matrace v polohovacím lůžku v domácím prostředí. **Výzkumný předpoklad č. 2:** Předpokládáme, že 35 % a více rodinných příslušníků má informace o antidekubitní matraci. Výzkumný předpoklad č. 2 byl ověřován výzkumnými otázkami č. 11, 12, 13, 14 a 15. Otázka č. 11 se zabývá základní charakteristikou antidekubitní matrace. Správnou odpověď, popisující antidekubitní matraci jako zdravotní matraci, která působí proti vzniku proleženin, zvolilo 34 % dotazovaných respondentů. Otázka č. 12 zjišťuje, kdy je vhodné pořízení pěnové antidekubitní matrace. Odpověď spočívající v pořízení pěnové antidekubitní matrace v situaci, kdy nemocný musí trávit většinu nebo všechny čas na lůžku (matrace má především preventivní charakter), zvolilo 26 % respondentů. Otázka č. 13 zjišťuje, kdy je vhodné pořízení vzduchové antidekubitní matrace. Odpověď spočívající v pořízení vzduchové antidekubitní matrace v situaci, kdy na těle nemocného vznikají proleženiny, zvolilo 46 % respondentů. Otázka č. 14 zjišťuje, ke které matraci, pěnové či vzduchové, je třeba zajistit vzduchový kompresor. Správnou odpověď,

kompresor je třeba ke vzduchové matraci, zvolilo 70 % tázaných. Otázka č. 15 se zabývá potřebností provádět polohovací režim v případě použití antidekubitní matrace. Odpověď spočívající v dodržování polohovacího režimu i při používání antidekubitní matrace zvolilo 32 % respondentů. Z celkového počtu respondentů prokázalo svou informovanost o antidekubitní matraci 41,6 % respondentů.

Tabulka 22 – Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 2

Výzkumná položka	Absolutní hodnota		Relativní hodnota		Celkem
	Správně	Nesprávně	Správně	Nesprávně	
Otázka č. 11	17	33	34 %	66 %	100 %
Otázka č. 12	13	37	26 %	74 %	100 %
Otázka č. 13	23	27	46 %	54 %	100 %
Otázka č. 14	35	15	70 %	30 %	100 %
Otázka č. 15	16	34	32 %	68 %	100 %
<b>Celkem</b>	<b>104</b>	<b>146</b>	<b>41,6 %</b>	<b>58,4 %</b>	<b>100 %</b>

**Výzkumný předpoklad č. 2 je v souladu s výzkumným šetřením.**

### 3.4.3 Analýza výzkumného cíle č. 3 a výzkumného předpokladu č. 3

**Výzkumný cíl č. 3:** zjistit informovanost rodinných příslušníků o využití polohovací pomůcky Bumerang v domácím prostředí. **Výzkumný předpoklad č. 3:** Předpokládáme, že 20 % a více rodinných příslušníků má informace o polohovacích pomůckách a polohovací pomůcce Bumerang. Výzkumný předpoklad č. 3 byl ověřován výzkumnými otázkami č. 16, 17, 18 a 19. Otázka č. 16 se zabývá obecným způsobem využití polohovacích pomůcek v lůžku nemocného. Nejvhodnější odpověď, charakterizující polohovací pomůcky jako podpůrnou pomůcku při polohování nemocného v rámci prevence a léčby proleženin, zvolilo 18 % dotazovaných respondentů. Otázka č. 17 se zabývá tvarem polohovacích pomůcek. Nejvhodnější odpověď popisující tvar polohovacích

pomůcek jako tvar libovolný, dle potřeby a místa použití (např. polštáře, válce, hranoly, podkovy aj.), označilo 26 % respondentů. Otázka č. 18 se ptá na cíl při používání polohovacích pomůcek. Nejvhodnější odpověď, která cíl stanoví jako kombinaci snahy o prevenci proleženin a zajištění pohodlí nemocnému, zvolilo 26 % respondentů. Otázka č. 19 se ptá na případné výhody originálních polohovacích pomůcek v porovnání s domácími improvizovanými pomůckami. Nejvhodnější odpověď, která charakterizuje originální pomůcky jako vhodnější, neboť jsou vyrobeny z omyvatelných materiálů a tvarem uzpůsobeny potřebám těla, zvolilo 38 % respondentů. Z celkového počtu respondentů prokázalo svou informovanost o polohovacích pomůckách 27 % dotázaných.

**Tabulka 23 – Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 3**

Výzkumná položka	Absolutní hodnota		Relativní hodnota		Celkem
	Správně	Nesprávně	Správně	Nesprávně	
<b>Otázka č. 16</b>	9	41	18 %	82 %	100 %
<b>Otázka č. 17</b>	13	37	26 %	74 %	100 %
<b>Otázka č. 18</b>	13	37	26 %	74 %	100 %
<b>Otázka č. 19</b>	19	31	38 %	62 %	100 %
<b>Celkem</b>	54	146	27 %	73 %	<b>100 %</b>

**Výzkumný předpoklad č. 3 je v souladu s výzkumným šetřením.**



## 4 Diskuze

Výzkumné šetření bakalářské práce bylo zaměřeno na znalosti a informovanost pečujících osob při péči o svého rodinného příslušníka v domácím prostředí. Zkoumané znalosti se týkají zejména problematiky pomůcek používaných v domácnosti při péči o nemocného. Výzkum byl zaměřen na problematiku využití polohovacího lůžka, antidekubitní matrace a polohovacích pomůcek v domácím prostředí. Výše uvedené pomůcky mohou zásadním způsobem ovlivnit kvalitu poskytované péče nemocnému v domácím prostředí a současně usnadňují pečujícímu rodinnému příslušníkovi samostatný výkon domácí péče o nemocného. Výzkum se zajímal, zda pečující rodinní příslušníci výše uvedené pomůcky znají a v minulosti je někdy používali, tzn. fakticky vědí o jejich existenci. Dále se výzkum zajímal o to, zda pečující zvládne vhodným způsobem charakterizovat zkoumané pomůcky a zda má či získal informace o možnostech jejich pořízení. Značná část výzkumu byla věnována zjišťování, zda pečující znají důvody k využití pomůcek při péči o nemocného. Výzkum zjišťoval, kolik pečujících dokáže popsat nejvýznamnější výhody a rozdíly speciálních zdravotnických pomůcek v péči o nemocné v porovnání s běžnými improvizovanými pomůckami v domácnosti. Tato skutečnost byla nejvíce zkoumána u použití zdravotnického polohovacího lůžka v domácím prostředí.

Problematice polohovacího lůžka se věnoval výzkumný cíl č. 1, který si vytyčil zjištění informovanosti rodinných příslušníků o využití polohovacího lůžka v domácím prostředí. Pro tento cíl byl stanoven a realizovaným předvýzkumem upřesněn výzkumný předpoklad č. 1, který předpokládal, že 35 % a více rodinných příslušníků má informace o výhodách polohovacího lůžka v domácím prostředí. Na základě realizovaného výzkumu byl stanovený předpoklad potvrzen, neboť výzkumem bylo zjištěno, že informovanost v této problematice prokázalo 39,2 % respondentů. Této problematice se věnovaly výzkumné otázky č. 6–10. Otázka č. 6 se ptá na základní charakteristiku polohovacího lůžka. Správnou odpověď dle Radvanského a kol. (2011) zvolilo 62 % dotazovaných respondentů, kteří lůžko definovali jako elektrické či manuální lůžko vybavené základními funkcemi pro změnu polohy, které je svými rozměry a vybaveností určeno pro trvalejší pobyt nemocného. V rámci výzkumného cíle 1 byla tato otázka nejčastěji zodpovězena

správně. Z této skutečnosti usuzujeme, že respondenti mají obecně dobrou představu o vzhledu a účelu polohovacího lůžka. Otázka č. 7 se ptala na nejúspornější způsob pořízení polohovacího lůžka. Je zajímavé, že správnou možnost, pořízení lůžka prostřednictvím zdravotního pojištění zvolilo pouze 22 % respondentů, kteří současně uvádí, že o této možnosti věděli již před vyplňováním dotazníku. Dalších 60 % respondentů také připouští možnost pořízení prostřednictvím zdravotního pojištění, nicméně uvádí, že o této možnosti se dozvěděli až prostřednictvím tohoto dotazníku, tudíž v době, kdy se snažili o pořízení polohovacího lůžka nemohli této možnosti využít. Otázka č. 7 je nejslaběji zodpovězenou otázkou výzkumného cíle 1. Tuto skutečnost si vysvětlujeme tak, že chybí dostatečná osvěta zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení ve věci nabídky pomůcek hrazených ze zdravotního pojištění. Otázka č. 8 zjišťuje u respondentů jaké jsou hlavní výhody polohovacího lůžka oproti běžné posteli. Správnou odpověď dle Vytejkové a kol. (2011) zvolila cca polovina dotazovaných, 54 %, kteří volili usnadnění manipulace s nemocným. Správně si uvědomují, že polohovací lůžko nepředstavuje pouze zvýšení komfortu pro pacienta, ale současně musí rovněž usnadnit pečujícímu manipulaci s nemocným, což je zcela zásadní prvek. Na otázku č. 8 navazovala otázka č. 9, která se ptala na funkci polohovacího lůžka, která pečujícímu dle Tomeše (2015) nejvíce usnadňuje manipulaci s pacientem. Odpověď v podobě funkce zdvihu celého lůžka na úroveň pečujícího zvolilo 24 % respondentů, což si vysvětlujeme tak, že i když respondenti mají obecnou představu o funkcích polohovacího lůžka, nerealizují jejich využití často v praxi. A je třeba jim praktické výhody více objasnit. Poslední otázka zkoumaného výzkumného cíle, otázka č. 10, se ptá na nejvýznamnější funkci lůžka, kterou může využít pacient trpící dušností. Odpověď v podobě zdvihu horní poloviny těla zvolilo 34 % dotazovaných, Heřmanová a kol. (2012). Největší část respondentů, 44 %, chybně uvádělo funkci zdvihu celého lůžka, což nás opět vede k názoru, že chybí dostatečné seznámení s významem polohovacího lůžka před jeho použitím.

Výzkumný cíl č. 2 se zabývá informovaností rodinných příslušníků o využití antidekubitní matrace v domácím prostředí. Vzhledem k tomu, že antidekubitní matrace je důležitou součástí lůžka při celodenním pobytu pacienta, byla předmětem zkoumání zejména znalost pečujících rodinných příslušníků v základních přednostech, které antidekubitní matrace nabízí. Zajímala nás zejména základní charakteristika antidekubitní

matrace, volba pěnové a vzduchové antidekubitní matrace a kombinace s polohovacím režimem. Pro tento cíl byl stanoven a realizovaným předvýzkumem upřesněn výzkumný předpoklad č. 2, který předpokládal, že 35 % a více rodinných příslušníků má informace o využití antidekubitní matrace v domácím prostředí. Na základě realizovaného výzkumu byl stanovený předpoklad potvrzen, neboť výzkumem bylo zjištěno, že informovanost v této problematice prokázalo 41,6 % respondentů. Této problematice se věnovaly výzkumné otázky č. 11–15. Z výsledku šetření vyplynulo, že v otázce č. 11 správně charakterizovalo dle Holmerové a kol. (2014), antidekubitní matraci jako zdravotní matraci, která působí proti vzniku proleženin, 34 % dotazovaných. Více jak polovina všech dotazovaných uvedla nesprávnou odpověď, kdy neuvedli efekt působení proti proleženinám. Otázka č. 12 se ptá na cílovou skupinu uživatelů pěnové antidekubitní matrace. Správná odpověď spočívající v použití pěnové antidekubitní matrace u pacientů, kteří musí trávit většinu času na lůžku byla zvolena u 26 % dotazovaných. Dle Kalvacha (2010) je však rozdíl v použití pěnové a vzduchové matrace v to, že pěnová matrace se používá u pacientů před vznikem proleženin, kdy na základě celkového zhodnocení a provedených testů je pacient vznikem proleženin ohrožen. V praxi se jedná o pacienty, kteří tráví většinu dne na lůžku. Vzduchová matrace je naopak pomůckou, která se obecně používá u pacientů, kde jsou proleženiny přítomny. Princip matrace spočívá ve využití propletených vzduchových komor, které se střídavě nafukují a vyfukují, čímž na predilekční místa působí tlak nikoli trvale, ale střídavě. Tuto problematiku řeší otázka č. 13 a správnou odpověď dle Kalvacha (2010) zvolilo 46 % dotazovaných. Problematiku doplňuje otázka č. 14, která zjišťuje potřebné komponenty ke vzduchové matraci. Správnou odpověď zvolilo 70 % dotazovaných a spočívala v nutnosti použití vzduchového kompresoru u tohoto typu matrace. Otázka č. 15 se ptá nutnost dodržování polohovacího režimu při použití antidekubitní matrace, Kalvach (2010). Správnou odpověď spočívající v nutnosti dodržování polohovacího režimu i při použití antidekubitní matrace, zvolilo 32 % respondentů. Z uvedených odpovědí plyne, že dotazovaní respondenti mají obecné povědomí o použití antidekubitní matrace, nicméně získané informace jsou nesourodé, zmatečné a bylo by třeba určitého vysvětlení a upřesnění.

Výzkumný cíl č. 3 se zabývá informovaností rodinných příslušníků o využití polohovacích pomůcek v domácím prostředí. Polohovací pomůcky tvoří důležitý prvek

v lůžku nemocného, neboť usnadňuje manipulaci s pacientem a napomáhá dodržování polohovacího režimu. Původní předpoklad k hodnocení pouze polohovací pomůcky Bumerang byl z důvodu přílišné specifičnosti rozšířen na hodnocení všech polohovacích pomůcek. Pro tento cíl byl stanoven a realizovaným předvýzkumem upřesněn výzkumný předpoklad č. 3, který předpokládal, že 20 % a více rodinných příslušníků má informace o využití polohovacích pomůcek v domácím prostředí. Na základě realizovaného výzkumu byl stanovený předpoklad potvrzen, neboť výzkumem bylo zjištěno, že informovanost v této problematice prokázalo 27 % respondentů. Této problematice se věnovaly výzkumné otázky č. 16–19. Otázka č. 16 se zabývá smyslem využití polohovacích pomůcek v lůžku nemocného. Správnou odpověď v podobě významu polohovacích pomůcek v lůžku nemocného jako podpůrné pomůcky při polohování v rámci prevence proleženin, dle Koláře a kol. (2015), zvolilo 18 % dotazovaných respondentů. Více jak polovina respondentů posuzovala polohovací pomůcky pouze jako pomůcky sloužící k většímu pohodlí nemocného. Otázka č. 17 se zabývala tvarem a vzhledem polohovacích pomůcek. Nadpoloviční většina respondentů si představuje polohovací pomůcky pouze jako speciální hranoly či válce, pouze 26 % dotazovaných volilo správnou odpověď v podobě libovolného tvaru dle místa a potřeby použití, Bydžovský a kol. (2015). S otázkou č. 17 souvisí i otázka č. 18, která se respondentů ptá na cíl při použití polohovacích pomůcek. Výsledek správných odpovědí byl shodný s otázkou č. 17 opět 26 % a správná odpověď byla kombinací ostatních samostatně nevhodných odpovědí, tedy, dle Koláře a kol. (2015), snaha o prevenci vzniku proleženin v kombinaci se zajištěním pohodlí nemocného. Zajímavé je že většina dotazovaných 68 % myslela v odpovědích pouze na prevenci vzniku proleženin a již nevzala v úvahu faktor komfortu nemocného na lůžku, který je rovněž významným prvkem. Poslední otázka posuzuje vhodnost použití originálních a domácích improvizovaných pomůcek. Správná odpověď hodnotila dle Bydžovského a kol. (2015) originální pomůcky jako vhodnější k použití při péči o nemocného, neboť jsou vyrobeny z omyvatelných materiálů a tvarovány dle konkrétních tělesných partií což ovšem nevyklučuje v případě potřeby použití domácích pomůcek. Tuto odpověď si vybralo 38 % dotazovaných respondentů. Nadpoloviční většina dotazovaných volila odpověď v podobě snadné náhrady originálních pomůcek domácími improvizovanými pomůckami např. polštáře, deky apod. bez rozdílnosti výsledného efektu. Z této odpovědi by se dalo usuzovat

na jisté přesvědčení pečujících o nadbytečnosti pořizování polohovacích pomůcek, protože jim domácí pomůcky poslouží obdobným způsobem. Hygienické faktory a anatomické poměry originálních pomůcek neberou pečující příliš v úvahu. Zde by zajisté pomohla osvěta, která by pečujícím sdělila podstatu výhod polohovacích pomůcek a více by motivovala k jejich využití.

Výsledek výzkumného šetření potvrdil výzkumné předpoklady, kdy bylo prokázáno, že pečující rodinní příslušníci nemají dostatečné informace o výhodách a přednostech polohovacího lůžka, antidekubitní matrace a dalších polohovacích pomůcek v domácím prostředí. Výzkum prokázal, že je třeba osvěty v této oblasti, což potvrzuje i poslední výzkumná otázka č. 20, kdy by 100 % dotazovaných respondentů uvítalo existenci informačního materiálu např. v podobě krátkého streamového videa, které by jim bylo nápomocno u výběru pomůcek pro péči o nemocného.

## 5 Návrh a doporučení pro praxi

Vzhledem k předpokládaným výsledkům výzkumného šetření byl stanoven výstup bakalářské práce v podobě krátkého streamového videomateriálu. Před jeho tvorbou byly vzaty v úvahu i připomínky, které vyplynuly z pohovoru s respondenty, kteří se účastnili dotazníkového šetření. Videomateriál si klade za cíl informovat o existenci polohovacího lůžka, které je svojí konstrukcí určeno k použití v domácím prostředí. Videomateriál bude představovat konkrétní typ polohovacího lůžka s názvem Casa Classic Light, které plně nahrazuje nemocniční polohovací lůžko, nicméně svými vlastnostmi připomíná domácí součást vybavení a nepůsobí „nemocničním“ dojmem. Jedná se o plně elektrické lůžko se zdvihem horní i dolní poloviny těla a zdvihem celého těla. Lůžko je vybaveno posuvnými postranicemi a hrazdou pro snadnější pohyb nemocného. Výhodou lůžka je snadná demontovatelnost a transportovatelnost. Na rozdíl od většiny lůžek, které mají pevnou konstrukci roštu, je zde možnost demontovatelného roštu na několik částí a lůžko je možné transportovat v jedné osobě do jakékoli domácnosti bez ohledu na složitost přístupu do místa určení. Rychlá montáž lůžka je další velkou předností. V lůžku bude představena pěnová antidekubitní matrace doplněná o vzduchovou antidekubitní matraci a představeny základní polohovací pomůcky. Nejdůležitější součástí videoprezentace bude způsob použití polohovacího lůžka, jednotlivé možnosti polohování a manipulace s nemocným.

## 6 Závěr

Bakalářská práce se zabývá informovaností pečujících rodinných příslušníků o možnostech využití v domácí ošetrovatelské péči speciálních zdravotnických pomůcek určených pro trvale ležícího pacienta. Jsou to polohovací lůžko, antidekubitní matrace a pomůcky pro polohování v lůžku. Práce se skládá ze dvou částí, teoretické a výzkumné. Teoretická část se v prvních částech zabývá charakteristikou domácí péče a jejím významem pro nemocného. V další kapitole je řešena problematika vzniku a prevence dekubitů. Ve stěžejních kapitolách teoretické části bakalářské práce je popisováno polohovací lůžko a jsou vyzdvíženy základní významné funkce důležité pro nemocného i pro pečujícího rodinného příslušníka. Pozornost je rovněž věnována způsobům použití antidekubitní matrace a pomůckám k polohování v lůžku. Podrobnější popis je věnován polohovací pomůcce Bumerang. V závěru teoretické části je popisován význam bazální stimulace v souvislosti s použitím výše uvedených pomůcek a samostatná kapitola je věnována shrnutím významu polohovacího lůžka v domácím prostředí.

Na teoretickou část navazuje část výzkumná, ve které byly stanoveny 3 výzkumné cíle. Prvním cílem bylo zjistit informovanost rodinných příslušníků o využití polohovacího lůžka v domácím prostředí. Dle výsledků výzkumného šetření pečující rodinní příslušníci mají znalosti o využití polohovacího lůžka v domácím prostředí v míře 39,2 %. Tento cíl byl splněn a výzkumný předpoklad č. 1 je v souladu s výzkumným šetřením. Druhým cílem bylo zjistit informovanost rodinných příslušníků o využití antidekubitní matrace v polohovacím lůžku v domácím prostředí. Dle výsledků výzkumného šetření pečující rodinní příslušníci mají znalosti o využití antidekubitní matrace v polohovacím lůžku v domácím prostředí v míře 41,6 %. Tento cíl byl splněn a výzkumný předpoklad č. 2 je v souladu s výzkumným šetřením. Třetím cílem bylo zjistit informovanost rodinných příslušníků o využití polohovacích pomůcek, zejména pomůcky Bumerang v domácím prostředí. Dle výsledků výzkumného šetření pečující rodinní příslušníci mají znalosti o využití polohovacích pomůcek v domácím prostředí v míře 27 %. Tento cíl byl splněn a výzkumný předpoklad č. 3 je v souladu s výzkumným šetřením.

Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že znalosti pečujících rodinných příslušníků v oblasti využití polohovacího lůžka, antidekubitní matrace a polohovacích pomůcek

v domácím prostředí nejsou dostatečné. Z tohoto důvodu byl vytvořen instruktážní videomateriál popisující problematiku a výhody polohovacího lůžka, antidekubitní matrace a polohovacích pomůcek při péči o pacienta v domácím prostředí. Videomateriál je výstupem této práce.

Stanovené cíle bakalářské práce byly splněny.



## 7 Seznam použité literatury

- BUŽGOVÁ, Radka. 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5402-4.
- BYDŽOVSKÝ, Jan a kol. 2015. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči*. Most k domovu. ISBN 978-80-905867-0-3.
- ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirkaakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirkaakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)
- ČESKO. Zákon č. 48 ze dne 28. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1997, částka 16, s. 2-80. ISSN 1221-1204. Dostupné také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=48/1997&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=48/1997&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)
- FRIEDLOVÁ, Karolína. 2010. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1314-4.
- HEŘMANOVÁ, Jana a kol. 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3469-9.
- HOLMEROVÁ, Iva a kol. 2014a. *Dlouhodobá péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5439-0.
- HOLMEROVÁ, Iva a kol. 2014b. *Průvodce vyšším věkem*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3119-6.
- KALVACH, Zdeněk. 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-4-3.
- KOLÁŘ, Pavel a kol. 2015. *Základy klinické rehabilitace*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-219-0.
- KUPKA, Martin. 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.

- MARKOVÁ, Monika. 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.
- NAGESWARAN, Sharmila. 2015. *Design of mechanical interface to re-distribute excess pressure to prevent the formation of decubitus ulcers in bed ridden patients*. Engineering in Medicine and Biology Society (EMBC). 2015, 37(3), 1021 – 1024 [cit. 2015-11-25]. ISSN 1557-170X. Dostupné z: <http://embc.embs.org/2015/>.
- POKORNÁ, Andrea. 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3371-5.
- RADVANSKÝ, Jiří a kol. 2011. *Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-695-3.
- ROKYTA, Richard a kol. 2009. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3012-7.
- SVATOŠOVÁ, Marie. 2011. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: APHPP. ISBN 978-80-7195-307-4.
- SVATOŠOVÁ, Marie. 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4107-9.
- SCHULER, Matthias a kol. 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3013-4.
- ŠPIRUDOVÁ, Lenka. 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5710-0.
- TOMEŠ, Igor. 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2941-4.
- VYTEJČKOVÁ, Renata a kol. 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.
- ZACHAROVÁ, Eva a kol. 2007. *Zdravotnická psychologie – Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.

## Seznam tabulek

Tabulka č. 1	Péče o nemocného rodinného příslušníka doma
Tabulka č. 2	Délka péče o nemocného rodinného příslušníka doma
Tabulka č. 3	Pobyt nemocného na lůžku
Tabulka č. 4	Užití pomůcek pro péči
Tabulka č. 5	Využití polohovacího lůžka v domácnosti
Tabulka č. 6	Charakteristika polohovacího lůžka
Tabulka č. 7	Volba nejúspěšnější možnosti získání lůžka
Tabulka č. 8	Hlavní přednost polohovacího lůžka
Tabulka č. 9	Optimální funkce lůžka při provádění osobní hygieny
Tabulka č. 10	Funkce lůžka při dušnosti
Tabulka č. 11	Charakteristika antidekubitní matrace
Tabulka č. 12	Volba pěnové antidekubitní matrace
Tabulka č. 13	Volba vzduchové antidekubitní matrace
Tabulka č. 14	Volba vzduchového kompresoru
Tabulka č. 15	Polohovací režim při použití antidekubitní matrace
Tabulka č. 16	Využití polohovacích pomůcek v lůžku
Tabulka č. 17	Tvar polohovacích pomůcek
Tabulka č. 18	Cíl při použití polohovacích pomůcek
Tabulka č. 19	Důvody použití originálních polohovacích pomůcek
Tabulka č. 20	Informační materiál
Tabulka č. 21	Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 1
Tabulka č. 22	Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 2
Tabulka č. 23	Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 3

## Seznam grafů

Graf č. 1	Péče o nemocného rodinného příslušníka doma
Graf č. 2	Délka péče o nemocného rodinného příslušníka doma
Graf č. 3	Pobyt nemocného na lůžku
Graf č. 4	Užití pomůcek pro péči
Graf č. 5	Využití polohovacího lůžka v domácnosti
Graf č. 6	Charakteristika polohovacího lůžka
Graf č. 7	Volba nejúspornější možnosti získání lůžka
Graf č. 8	Hlavní přednost polohovacího lůžka
Graf č. 9	Optimální funkce lůžka při provádění osobní hygieny
Graf č. 10	Funkce lůžka při dušnosti
Graf č. 11	Charakteristika antidekubitní matrace
Graf č. 12	Volba pěnové antidekubitní matrace
Graf č. 13	Volba vzduchové antidekubitní matrace
Graf č. 14	Volba vzduchového kompresoru
Graf č. 15	Polohovací režim při použití antidekubitní matrace
Graf č. 16	Využití polohovacích pomůcek v lůžku
Graf č. 17	Tvar polohovacích pomůcek
Graf č. 18	Cíl při použití polohovacích pomůcek
Graf č. 19	Důvody použití originálních polohovacích pomůcek
Graf č. 20	Informační materiál

## Seznam příloh

Příloha A	Elektrické polohovací lůžko
Příloha B	Antidekubitní pěnová matrace
Příloha C	Antidekubitní vzduchová matrace
Příloha D	Polohovací pomůcky
Příloha E	Dotazník
Příloha F	Předvýzkum
Příloha G	Instruktažní video

## Příloha A Elektrické polohovací lůžko



Elektrické polohovací lůžko při přepravě

Zdroj: autor



Elektrické polohovací lůžko sestavené

Zdroj: autor

## Příloha B Antidekubitní pěnová matrace



Antidekubitní pěnová matrace

Zdroj: autor



**Příloha C      Antidekubitní vzduchová matrace**



Antidekubitní vzduchová matrace

Zdroj: autor



Antidekubitní vzduchová matrace bez potahu      Zdroj: autor



**Příloha D Polohovací pomůcky**



Polohovací pomůcka Bumerang



Abdukční klín

Zdroj: [www.dmapraha.cz](http://www.dmapraha.cz)



Zdravotní polštář



Cylindrický váleček

Zdroj: [www.dmapraha.cz](http://www.dmapraha.cz)



Abdukční polštář



Podložka pod patu

Zdroj: [www.dmapraha.cz](http://www.dmapraha.cz)

## Dotazník

Jmenuji se Rudolf Rieger a jsem studentem 3. ročníku studijního oboru Všeobecná sestra, obor Ošetřovatelství na Technické univerzitě v Liberci. Rád bych Vás touto cestou požádal o vyplnění mého dotazníku na téma Využití polohovacího lůžka v domácím prostředí.

Tento dotazník je zcela anonymní a bude sloužit pouze pro účel vypracování mé bakalářské práce. V dotazníku prosím o zaškrtnutí **vždy pouze jedné** odpovědi. Předem Vám děkuji za spolupráci.

**1. Pečujete nebo jste pečoval/a o nemocného rodinného příslušníka v domácím prostředí?**

- a) ano
- b) ne

**2. Jak dlouho jste pečoval/a o nemocného rodinného příslušníka v domácím prostředí?**

- a) do 10 dnů
- b) do 90 dnů
- c) do 1 roku
- d) více než 1 rok

**3. Osoba, o kterou pečujete či jste pečoval/a, tráví/la většinu dne na lůžku?**

- a) ano
- b) ne

**4. Vyžaduje či vyžadovala péče o Vašeho rodinného příslušníka užití speciálních pomůcek, např. polohovací lůžko, polohovací polštáře a podložky apod.?**

- a) ano
- b) ne

**5. Využíváte nebo jste využíval/a pro péči o svého nemocného rodinného příslušníka polohovací lůžko v domácnosti?**

- a) ano
- b) ne

**6. Polohovací lůžko pro nemocného je:**

- a) elektrické lůžko
- b) lůžko, na kterém se nemocnému dobře leží
- c) elektrické či manuální lůžko vybavené základními funkcemi pro změnu polohy, které je svými rozměry a vybaveností (postranice, hrazda, antidekubitní matrace) určeno pro trvalejší pobyt nemocného

**7. Jaká je finančně nejúspornější možnost získání polohovacího lůžka?**

- a) komerční půjčovna
- b) ze zdravotního pojištění – o této možnosti jsem dosud nevěděl/a
- c) ze zdravotního pojištění – tato možnost je mi známá
- d) vlastní nákup

**8. Proč je výhodnější použít při péči o nemocného spíše polohovací lůžko než obyčejnou postel?**

- a) je to vítaná změna denního stereotypu
- b) je výhodné pouze pro pečující – usnadňuje jim práci
- c) usnadňuje manipulaci s nemocným, kterému rovněž zvyšuje tělesný a duševní komfort

**9. Funkce polohovacího lůžka, která pečujícímu nejvíce usnadní provedení hygieny u nemocného je:**

- a) zdvih horní poloviny těla
- b) zdvih dolní poloviny těla
- c) funkce zdvihu celého lůžka na úroveň pečujícího
- d) pozice na nejnižší výšce – co nejbliže k podlaze

**10. Pacient trpící dušností nejčastěji využije funkce lůžka:**

- a) zdvih horní poloviny těla
- b) zdvih celého lůžka
- c) pozice na nejnižší výšce – co nejbliže k podlaze

**11. Pod pojmem antidekubitní matrace si představíme:**

- a) značkovou matraci
- b) zdravotní matraci
- c) zdravotní matraci, která působí proti vzniku proleženin

**12. Pěnovou antidekubitní matraci volíme když:**

- a) nemocný chce pohodlně ležet
- b) nemocný musí trávit většinu nebo všechny čas na lůžku (v rámci prevence)
- c) u nemocného, na jehož těle vznikají proleženiny

**13. Vzduchovou antidekubitní matraci volíme když:**

- a) nemocný chce pohodlně ležet
- b) nemocný musí trávit většinu nebo všechny čas na lůžku (v rámci prevence)
- c) u nemocného na jehož těle vznikají proleženiny

**14. Vzduchový kompresor je třeba zajistit k antidekubitní matraci:**

- a) vzduchové
- b) pěnové

**15. Při používání antidekubitní matrace:**

- a) musíme dodržovat polohovací režim
- b) nemusíme dodržovat polohovací režim

**16. Polohovací pomůcky využijeme v lůžku nemocného:**

- a) k většímu pohodlí nemocného
- b) jako podpurná pomůcka při polohování v rámci prevence proleženin
- c) pouze k vypodložení dolních končetin

**17. Polohovací pomůcky mohou mít tvar:**

- a) libovolný, dle potřeby a místa použití (polštáře, válce, hranoly, podkovy aj.)
- b) jedná se vždy o speciální polštáře
- c) jedná se vždy o speciální hranoly a válce

**18. Při použití polohovacích pomůcek je naším cílem:**

- a) pouze snaha o správnou prevenci vzniku, případně léčbu proleženin
- b) pouze snaha o zajištění pohodlí nemocného
- c) kombinace výše uvedeného

**19. Originální polohovací pomůcky přímo určené výrobcem k polohování nemocného:**

- a) se dají snadno nahradit tím co je doma (polštáře, deky apod.), není v tom rozdíl
- b) jsou jediné, které můžeme použít při péči, neboť jsou k tomu určeny
- c) jsou vhodnější k použití u nemocného než domácí pomůcky, protože jsou vyrobeny z omyvatelných materiálů, tvarovány dle konkrétní potřeby jednotlivých tělesných partií a jejich náplň se přizpůsobuje tvaru těla

**20. Myslíte si, že by pro Vás byly přínosné informace o pomůckách pro péči o nemocného (výčet, způsob pořízení, návod na používání) v podobě krátké video nahrávky umístěné na internetu nebo ve formě přenosných médií (CD, flash disk, apod.)?**

- a) ano, shlédl/a bych je
- b) ne, písemnou informaci považuji za dostatečnou
- c) nepotřeboval/a jsem žádné informace

Děkuji za Vaši spolupráci

## Předvýzkum

### Základní informace o účastnících výzkumu – otázky č. 1–5

1. Pečujete nebo jste pečoval/a o nemocného rodinného příslušníka v domácím prostředí?

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
ano	10	100 %
ne	0	0 %
<b>celkem</b>	10	100 %

2. Jak dlouho jste pečoval/a o nemocného rodinného příslušníka v domácím prostředí?

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
do 10 dnů	1	10 %
do 90 dnů	3	30 %
do 1 roku	4	40 %
nad 1 rok	2	20 %
<b>celkem</b>	10	100 %

3. Osoba, o kterou pečujete či jste pečoval/a, tráví/la většinu dne na lůžku?

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
ano	10	100 %
ne	0	0 %
<b>celkem</b>	10	100 %

**4. Vyžaduje či vyžadovala péče o Vašeho rodinného příslušníka užití speciálních pomůcek, např. polohovací lůžko, polohovací pomůcky apod.?**

<b>položka</b>	<b>absolutní hodnota</b>	<b>relativní hodnota</b>
ano	10	100 %
ne	0	0 %
<b>celkem</b>	10	100 %

**5. Využíváte nebo jste využíval/a pro péči o svého nemocného rodinného příslušníka polohovací lůžko v domácnosti?**

<b>položka</b>	<b>absolutní hodnota</b>	<b>relativní hodnota</b>
ano	9	90 %
ne	1	10 %
<b>celkem</b>	10	100 %

### **Informovanost rodinných příslušníků o polohovacím lůžku – otázky č. 6-10**

**Předpoklad:** 30 % a více rodinných příslušníků má informace o výhodách polohovacího lůžka v domácím prostředí

**Výsledek předvýzkumu:** 38 % tázaných uvedlo správnou odpověď

**Doporučení úpravy předpokladu:** 35 % a více rodinných příslušníků má informace o výhodách polohovacího lůžka v domácím prostředí

Výzkumná položka	Absolutní hodnota		Relativní hodnota		Celkem
	Správně	Nesprávně	Správně	Nesprávně	
Otázka č. 6	7	3	70 %	30 %	100 %
Otázka č. 7	2	8	20 %	80 %	100 %
Otázka č. 8	5	5	50 %	50 %	100 %
Otázka č. 9	2	8	20 %	80 %	100 %
Otázka č. 10	3	7	30 %	70 %	100 %
<b>Celkem</b>	<b>19</b>	<b>31</b>	<b>38 %</b>	<b>62 %</b>	<b>100 %</b>

### **6. Polohovací lůžko pro nemocného je:**

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Elektrické lůžko	2	20 %
Lůžko, na kterém se nemocnému dobře leží	1	10 %
Elektrické či manuální lůžko vybavené funkcemi pro změnu polohy	<b>7</b>	<b>70 %</b>
<b>celkem</b>	<b>10</b>	<b>100 %</b>



**7. Jaká je finančně nejúspornější možnost získání polohovacího lůžka?**

<b>položka</b>	<b>absolutní hodnota</b>	<b>relativní hodnota</b>
Komerční půjčovna	2	20 %
Zdravotní pojišťovna – neznám tuto možnost	6	60 %
Zdravotní pojišťovna – znám tuto možnost	<b>2</b>	<b>20 %</b>
Vlastní nákup	0	0 %
<b>celkem</b>	10	100 %

**8. Proč je výhodnější použít při péči o nemocného spíše polohovací lůžko než obyčejnou postel?**

<b>položka</b>	<b>absolutní hodnota</b>	<b>relativní hodnota</b>
Vítaná změna denního stereotypu	4	40 %
Výhoda pouze pro pečující – usnadňuje jim práci	1	10 %
Usnadňuje manipulaci s nemocným, kterému zvyšuje tělesný a duševní komfort	<b>5</b>	<b>50 %</b>
<b>celkem</b>	10	100 %

9. Funkce polohovacího lůžka, která pečujícímu nejvíce usnadní provedení hygieny u nemocného je:

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Zdvih horní poloviny těla	4	40 %
Zdvih dolní poloviny těla	3	30 %
Funkce zdvihu celého lůžka na úroveň pečujícího	<b>2</b>	<b>20 %</b>
Pozice co nejbliže k podlaze	1	10 %
celkem	10	100 %

10. Pacient trpící dušností nejčastěji využije funkce lůžka:

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Zdvih horní poloviny těla	<b>3</b>	<b>30 %</b>
Zdvih celého lůžka	5	50 %
Pozice co nejnižší k podlaze	2	20 %
celkem	10	100 %

### **Informovanost rodinných příslušníků o antidekubitní matraci – otázky č. 11-15**

**Předpoklad:** 30 % a více rodinných příslušníků má informace o antidekubitní matraci

**Výsledek předvýzkumu:** 34 % tázaných uvedlo správnou odpověď

**Doporučení úpravy předpokladu:** 30 % a více rodinných příslušníků má informace o antidekubitní matraci

Výzkumná položka	Absolutní hodnota		Relativní hodnota		Celkem
	Správně	Nesprávně	Správně	Nesprávně	
Otázka č. 11	4	6	40 %	60 %	100 %
Otázka č. 12	3	7	30 %	70 %	100 %
Otázka č. 13	2	8	20 %	80 %	100 %
Otázka č. 14	6	4	60 %	40 %	100 %
Otázka č. 15	2	8	20 %	80 %	100 %
<b>Celkem</b>	<b>17</b>	<b>33</b>	<b>34 %</b>	<b>66 %</b>	<b>100 %</b>

#### **11. Pod pojmem antidekubitní matrace si představíme:**

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Značková matrace	1	10 %
Zdravotní matrace	5	50 %
Zdravotní matrace s působením proti vzniku proleženin	<b>4</b>	<b>40 %</b>
<b>celkem</b>	<b>10</b>	<b>100 %</b>

**12. Pěnovou antidekubitní matraci volíme když:**

<b>položka</b>	<b>absolutní hodnota</b>	<b>relativní hodnota</b>
Nemocný chce pohodlně ležet	2	20 %
Nemocný musí trávit většinu nebo všechen čas na lůžku	<b>3</b>	<b>30 %</b>
Na těle nemocného vznikají proleženiny	5	50 %
<b>celkem</b>	10	100 %

**13. Vzduchovou antidekubitní matraci volíme když:**

<b>položka</b>	<b>absolutní hodnota</b>	<b>relativní hodnota</b>
Nemocný chce pohodlně ležet	2	20 %
Nemocný musí trávit většinu nebo všechen čas na lůžku	6	60 %
Na těle nemocného vznikají proleženiny	<b>2</b>	<b>20 %</b>
<b>celkem</b>	10	100 %

**14. Vzduchový kompresor je třeba zajistit k antidekubitní matraci:**

<b>položka</b>	<b>absolutní hodnota</b>	<b>relativní hodnota</b>
Vzduchová matrace	<b>6</b>	<b>60 %</b>
Pěnová matrace	4	40 %
<b>celkem</b>	10	100 %

**15. Při používání antidekubitní matrace:**

<b>položka</b>	<b>absolutní hodnota</b>	<b>relativní hodnota</b>
Musíme dodržovat polohovací režim	2	20 %
Nemusíme dodržovat polohovací režim	8	80 %
<b>celkem</b>	10	100 %

### **Informovanost rodinných příslušníků o polohovacích pomůckách – otázka č. 16-19**

**Předpoklad:** 20 % a více rodinných příslušníků má informace o polohovacích pomůckách

**Výsledek předvýzkumu:** 23 % tázaných uvedlo správnou odpověď

**Doporučení úpravy předpokladu:** 20 % a více rodinných příslušníků má informace o polohovacích pomůckách

Výzkumná položka	Absolutní hodnota		Relativní hodnota		Celkem
	Správně	Nesprávně	Správně	Nesprávně	
Otázka č. 16	2	8	20 %	80 %	100 %
Otázka č. 17	2	8	20 %	80 %	100 %
Otázka č. 18	1	9	10 %	90 %	100 %
Otázka č. 19	4	6	40 %	60 %	100 %
<b>Celkem</b>	<b>9</b>	<b>31</b>	<b>23 %</b>	<b>77 %</b>	<b>100 %</b>

#### **16. Polohovací pomůcky využijeme v lůžku nemocného:**

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
K většímu pohodlí nemocného	5	50 %
Podpurná pomůcka při polohování k prevenci proleženin	2	20 %
Pouze k vypodložení dolních končetin	3	30 %
<b>celkem</b>	<b>10</b>	<b>100 %</b>

**17. Polohovací pomůcky mohou mít tvar:**

<b>položka</b>	<b>absolutní hodnota</b>	<b>relativní hodnota</b>
Tvar libovolný, dle potřeby a místa použití	<b>2</b>	<b>20 %</b>
Jedná se vždy o speciální polštáře	2	20 %
Jedná se vždy o speciální hranoly a válce	6	60 %
<b>celkem</b>	10	100 %

**18. Při použití polohovacích pomůcek je naším cílem:**

<b>položka</b>	<b>absolutní hodnota</b>	<b>relativní hodnota</b>
Pouze snaha o prevenci vzniku a léčbu proleženin	7	70 %
Pouze snaha o zajištění pohodlí nemocného	2	20 %
Kombinace výše uvedeného	<b>1</b>	<b>10 %</b>
<b>celkem</b>	10	100 %

**19. Originální polohovací pomůcky přímo určené výrobcem k polohování nemocného:**

<b>položka</b>	<b>absolutní hodnota</b>	<b>relativní hodnota</b>
Dají se snadno nahradit domácími pomůckami	5	50 %
Pouze originální polohovací pomůcky můžeme použít při péči	1	10 %
Originální pomůcky jsou vhodnější při péči o nemocného, neboť jsou k tomu svými vlastnostmi určeny	<b>4</b>	<b>40 %</b>
<b>celkem</b>	10	100 %

20. Myslíte si, že by pro Vás byly přínosné informace o pomůckách pro péči o nemocného (výčet, způsob pořízení, návod na používání) v podobě krátké video nahrávky umístěné na internetu nebo ve formě přenosných médií (CD, flash disk apod.)?

<b>položka</b>	<b>absolutní hodnota</b>	<b>relativní hodnota</b>
Ano, shlédl/a bych jej	10	100 %
Ne, písemnou informaci považuji za dostatečnou	0	0 %
Nepotřeboval/a jsem žádné informace	0	0 %
<b>celkem</b>	10	100 %



## **Příloha G      Instruktažní videomateriál**

V rámci bakalářské práce byl vytvořen instruktažní videomateriál, který je součástí odevzdané práce na přiloženém CD disku.